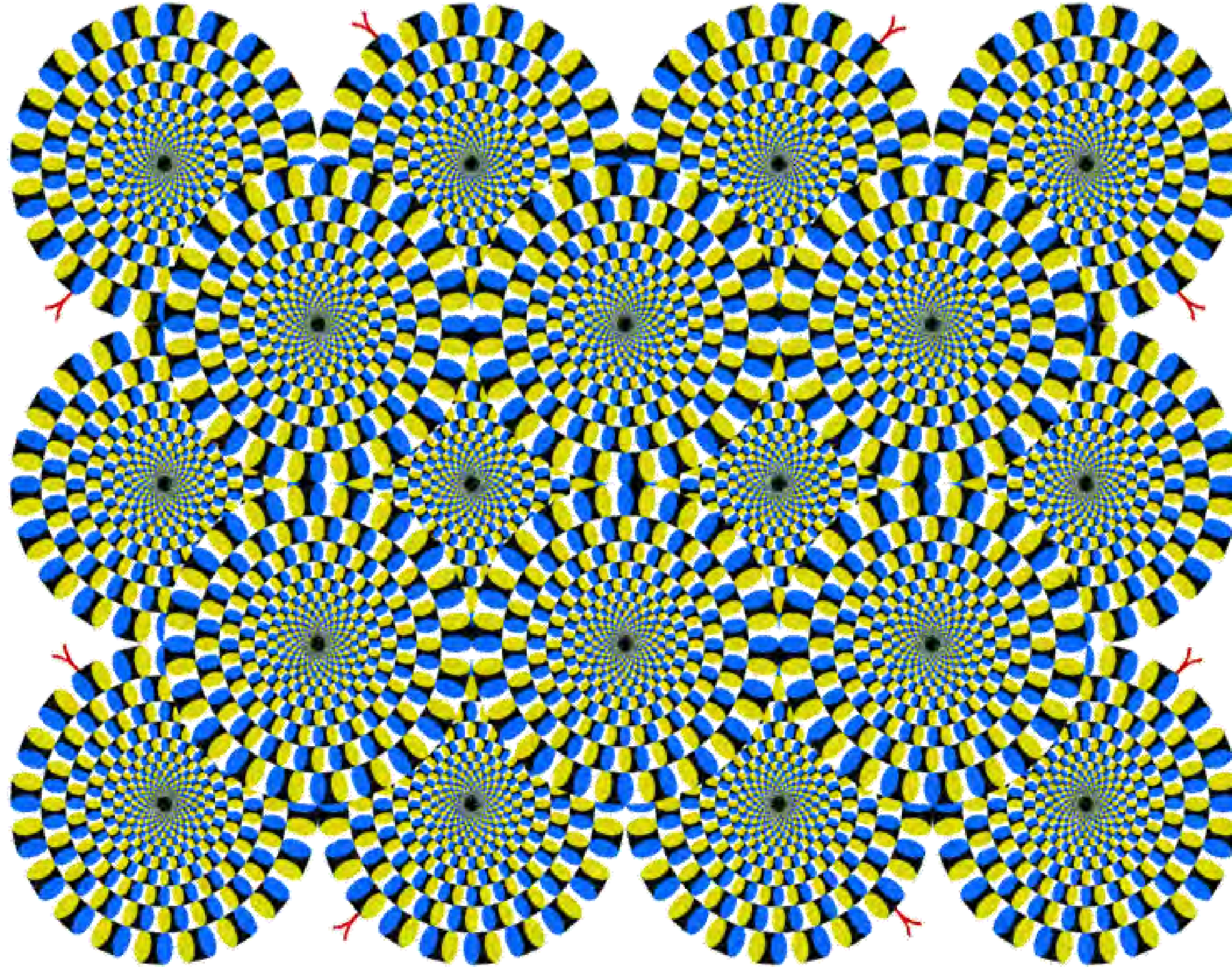
# DIAGNOSTIC DES VERTIGES



# Vertige = verter = tourner!!!

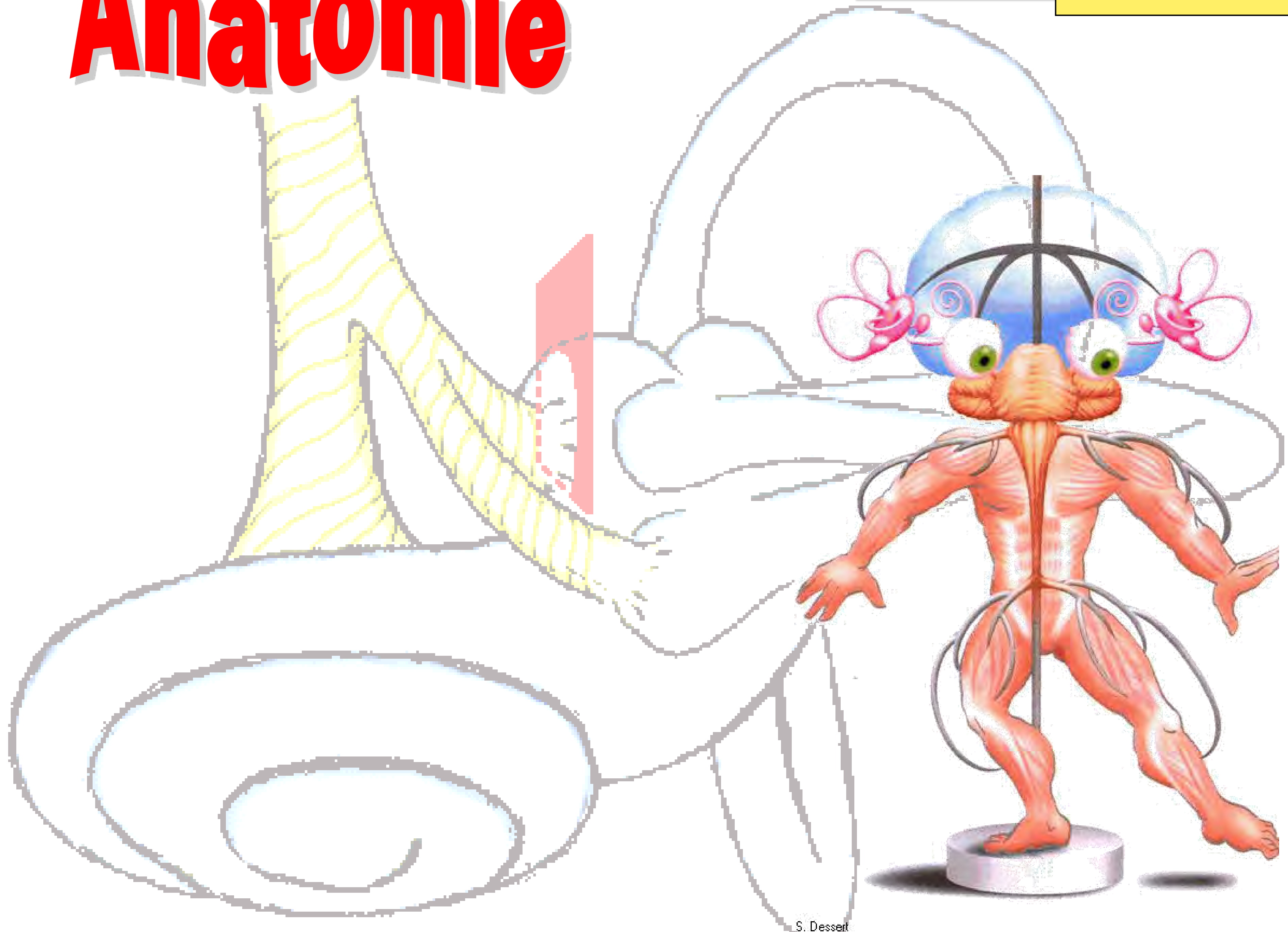


**Sensation erronée déplacement objets autour de soi et l'inverse………**

# Anatomie

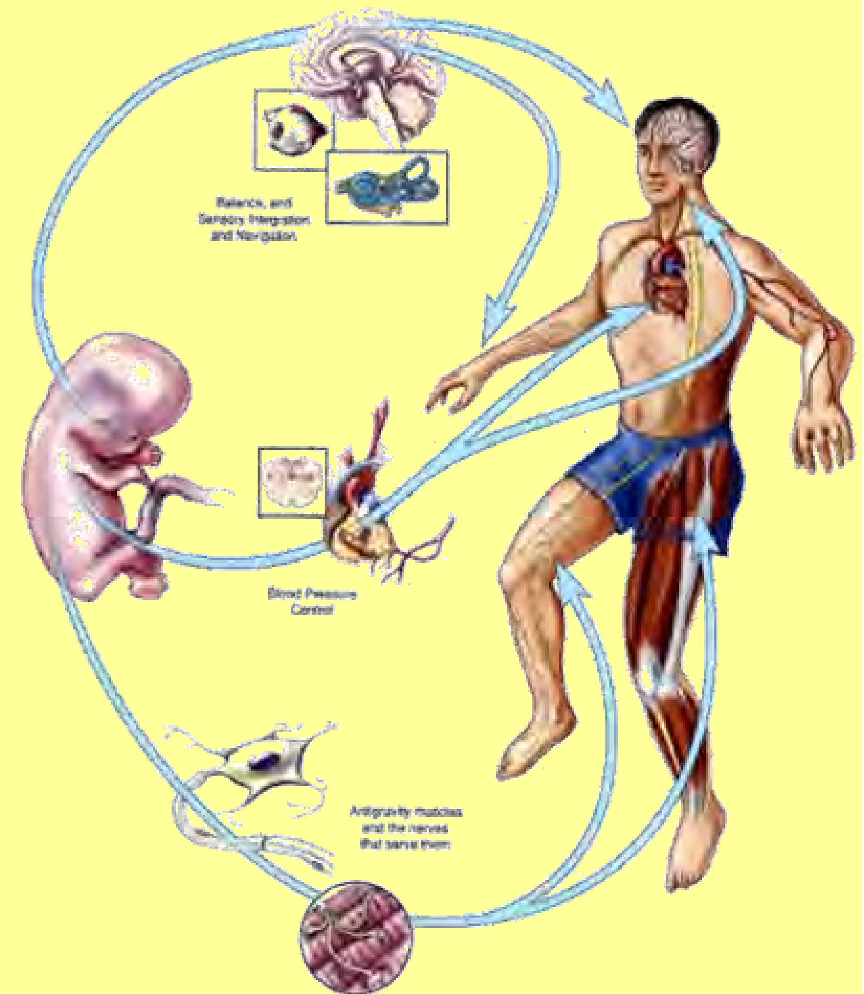
Service ORL

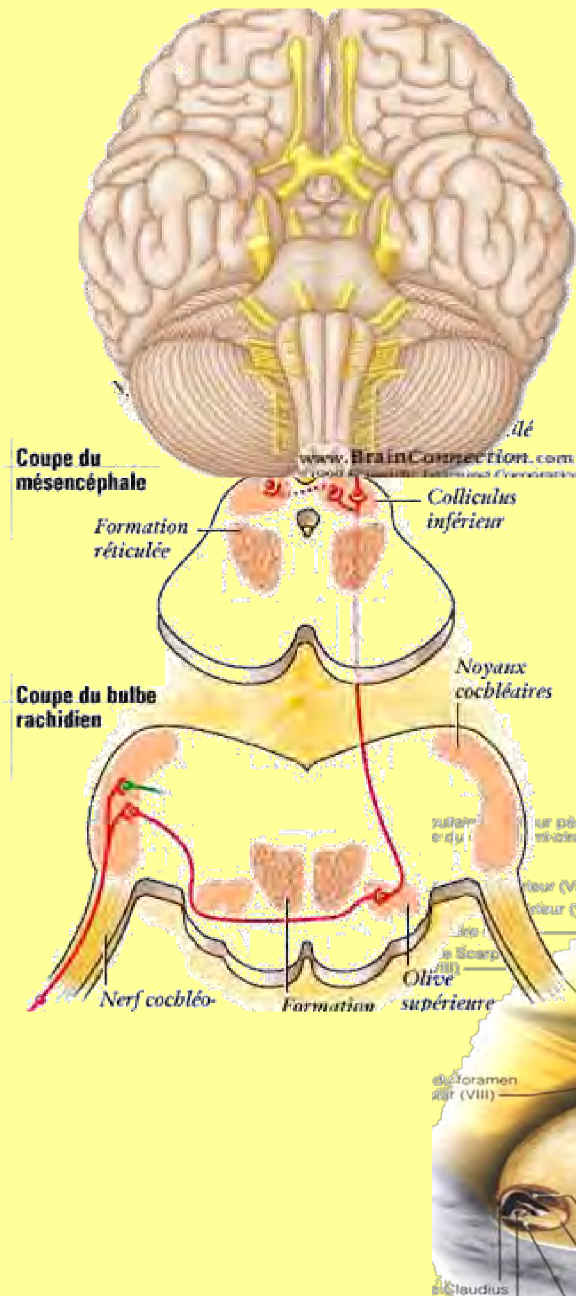
b.e.o



# Équilibre dépend:

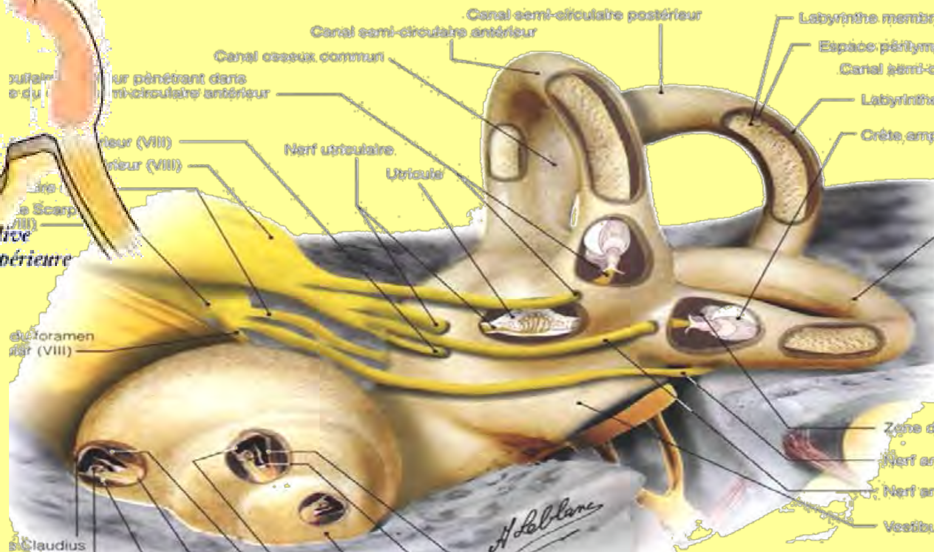
- ***Système visuel***
- ***Système proprioceptif***
- ***Système vestibulaire***

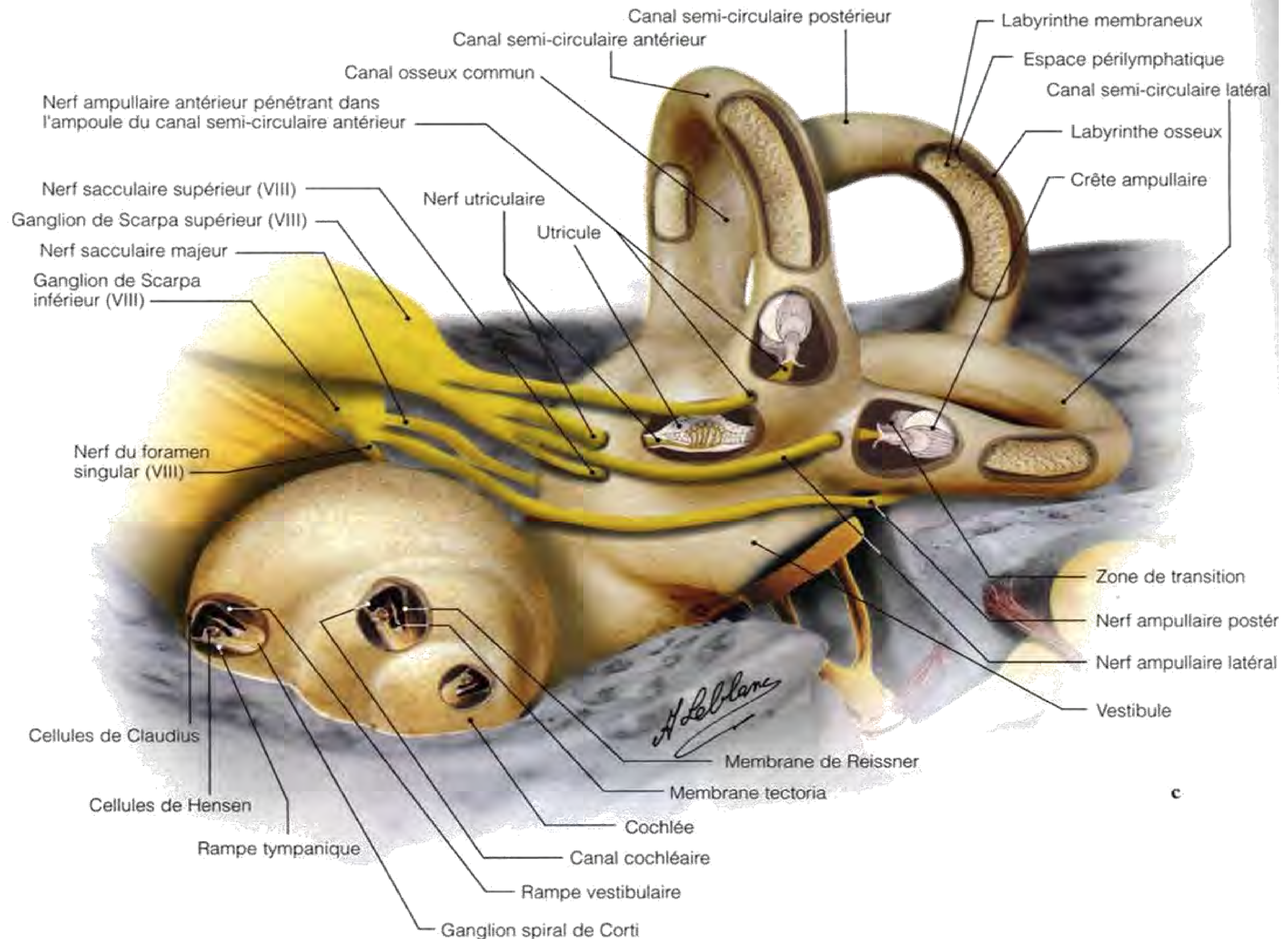


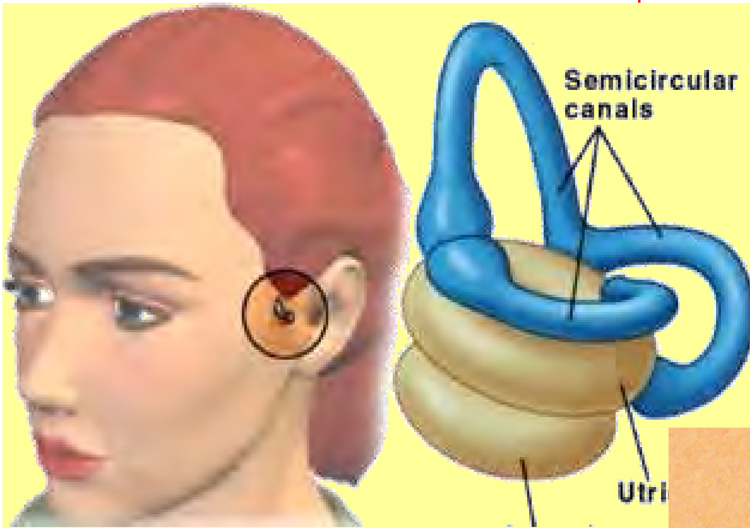



# Système vestibulaire

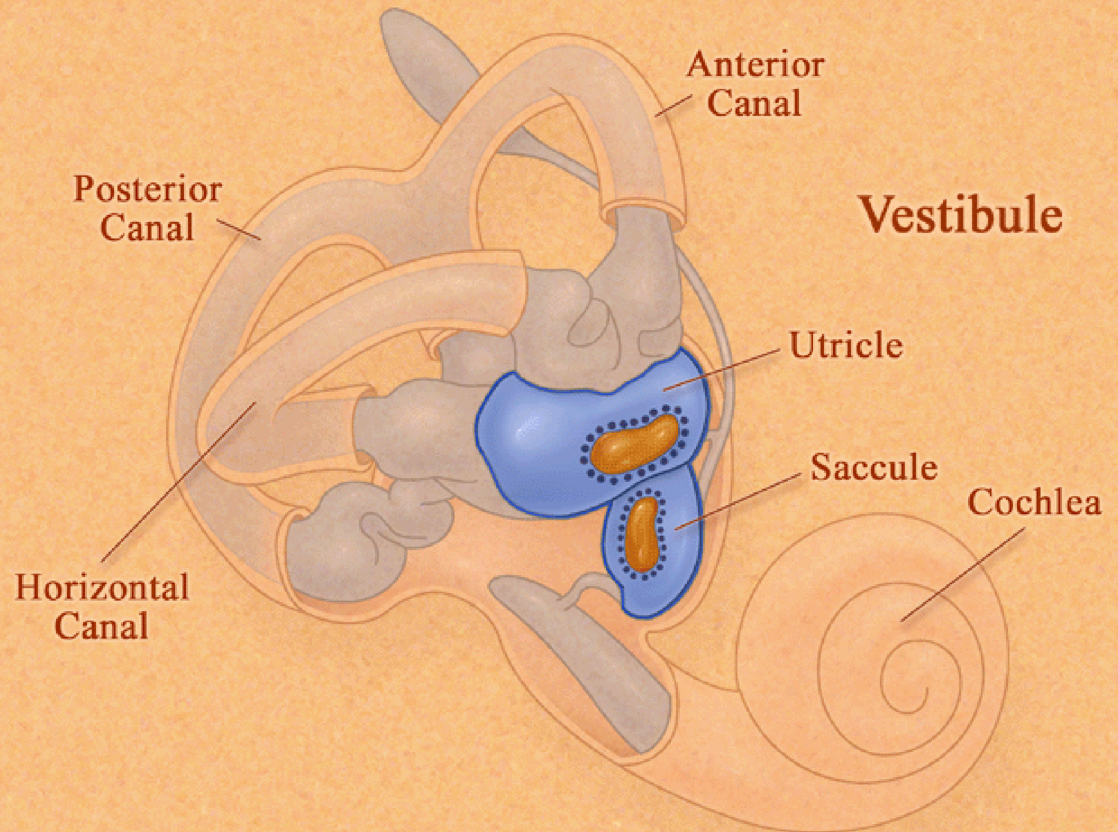
- **Organe sensoriel = LP**
- **intégration I^aire = nx vestibulaires**
- **Ensemble de connexions = SNC**



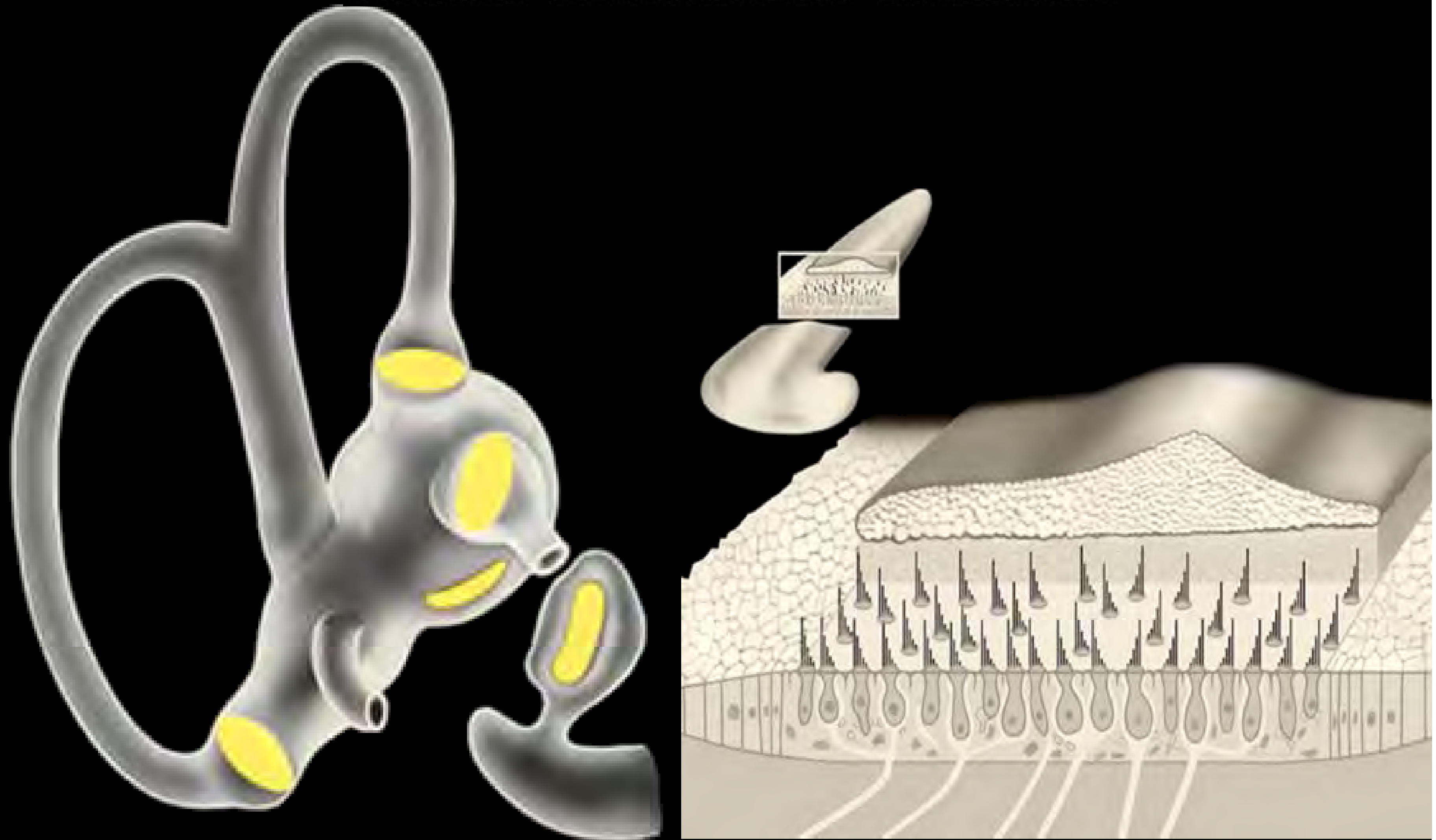

Canal semi-circulaire postérieur
Canal semi-circulaire antérieur
Canal osseux commun
Nerf ampullaire antérieur pénétrant dans l'ampoule du canal semi-circulaire antérieur
Labyrinthe membraneux
Espace périlymphatique
Canal semi-circulaire latéral
Labyrinthe osseux
Crête ampullaire
Nerf sacculaire supérieur (VIII)
Ganglion de Scarpa supérieur (VIII)
Nerf sacculaire majeur
Ganglion de Scarpa inférieur (VIII)
Nerf utriculaire
Utricule
Nerf du foramen singular (VIII)
Zone de transition
Nerf ampullaire postér
Nerf ampullaire latéral
Vestibule
Cellules de Claudius
Membrane de Reissner
Membrane tectoria
Cellules de Hensen
Cochlée
Rampe tympanique
Canal cochléaire
Rampe vestibulaire
Ganglion spiral de Corti
c



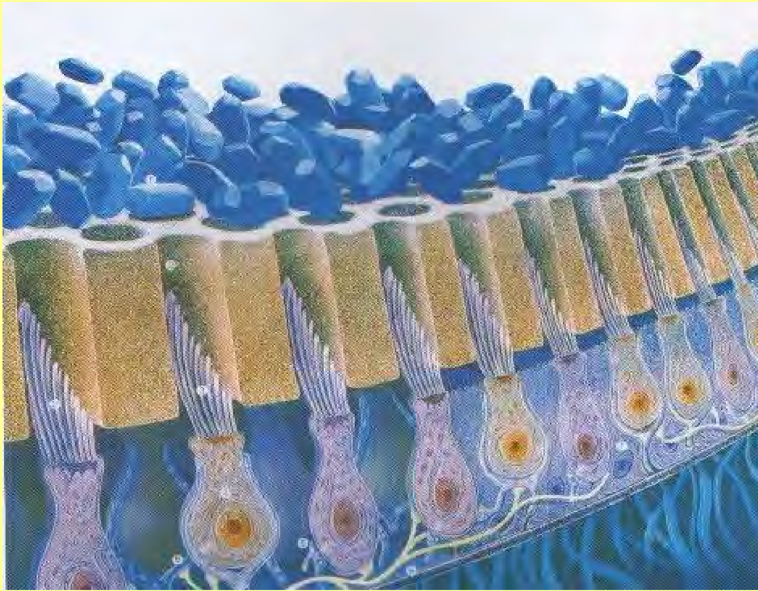

# Récepteurs vestibulaires



# Labyrinthe membraneux : Crêtes et macules. Situation



# Macule



Macule du saccule

Macule de l'utricule

Statoconies

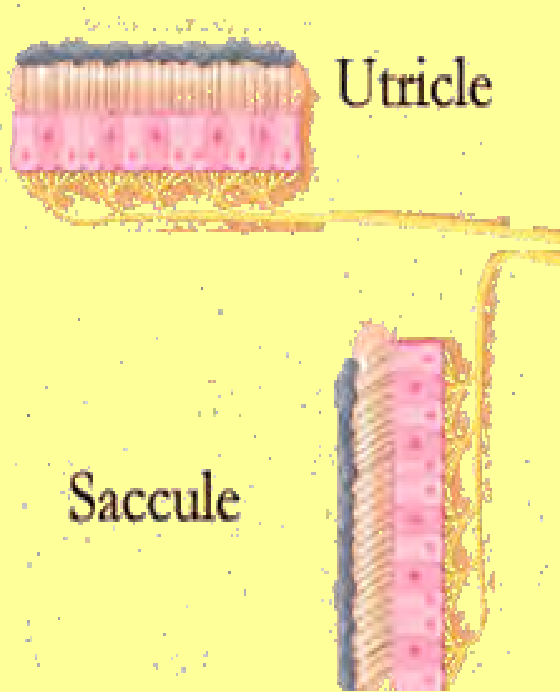
Membrane des statoconies

Cellules sensorielles

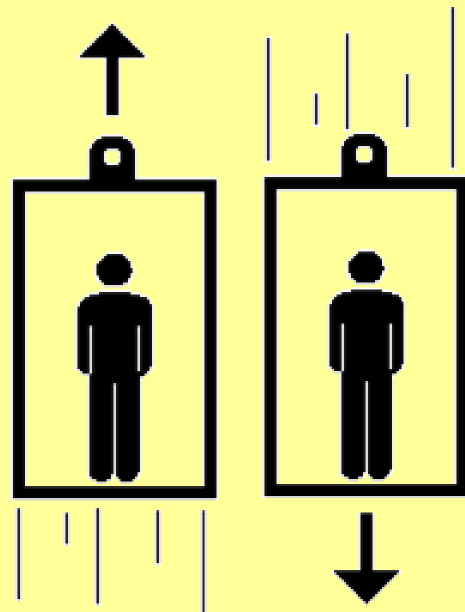
Cellules de soutien

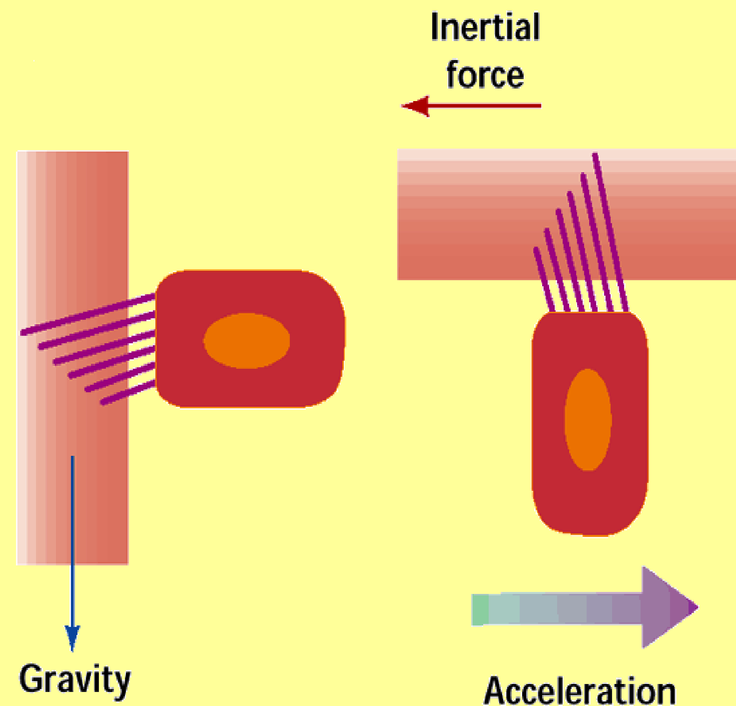
Neurofibres du nerf vestibulaire

# Macule = Accéléromètre linéaire

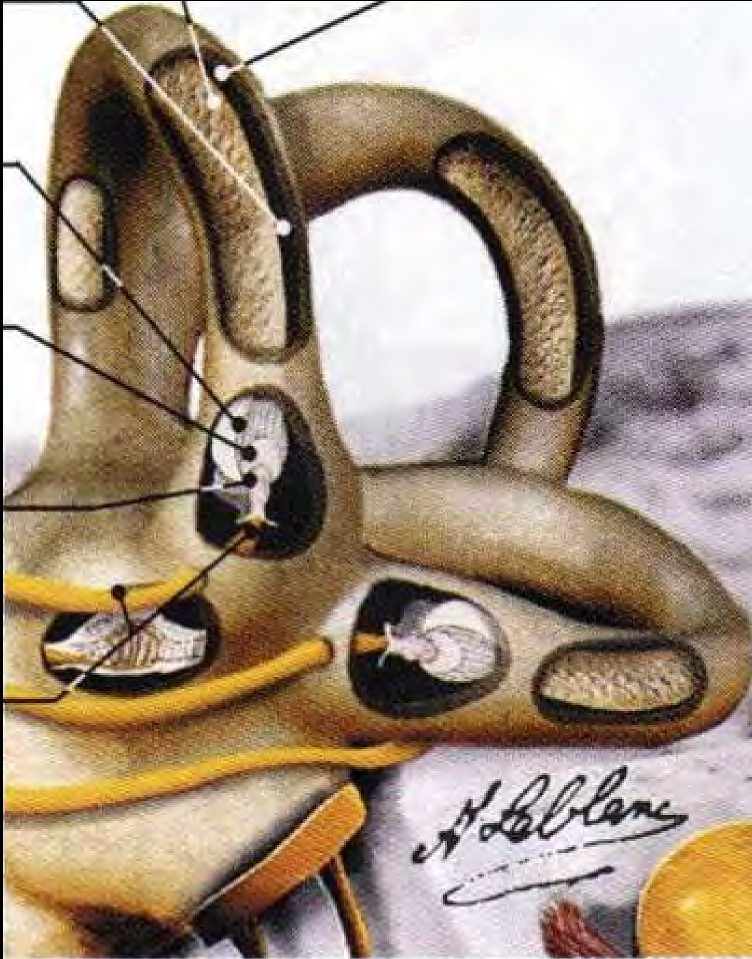


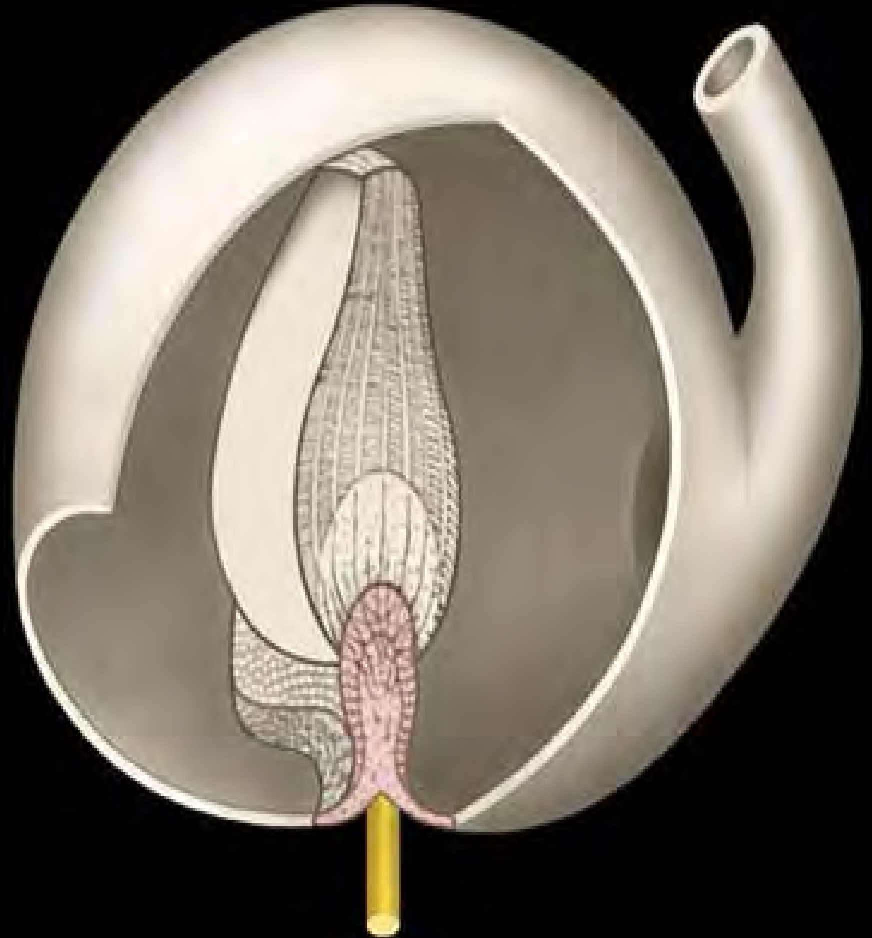


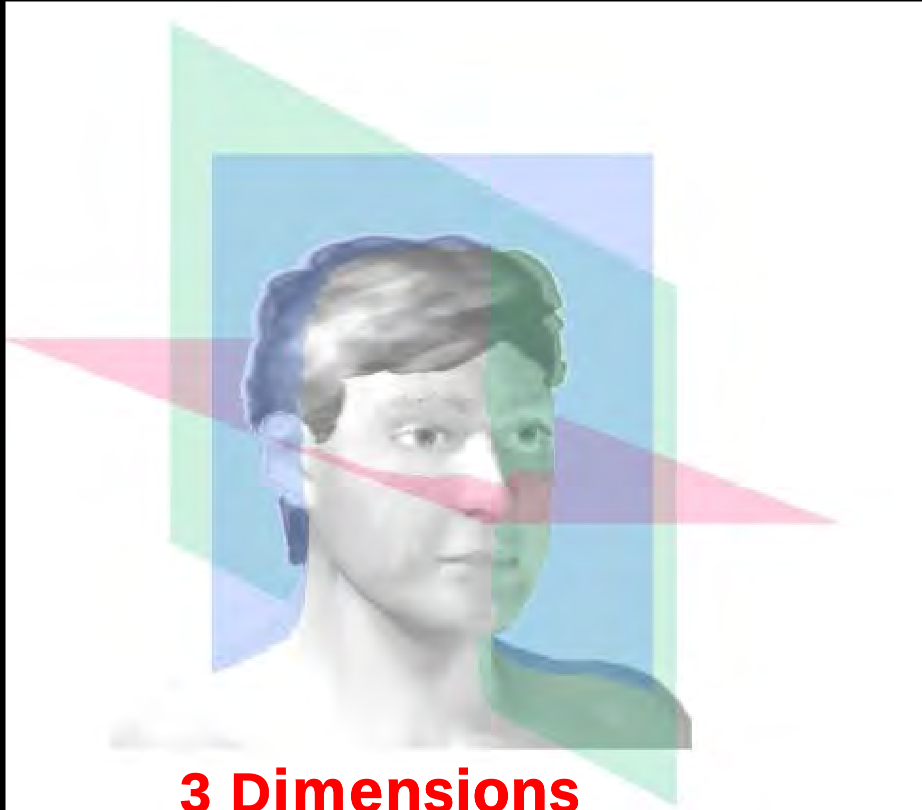



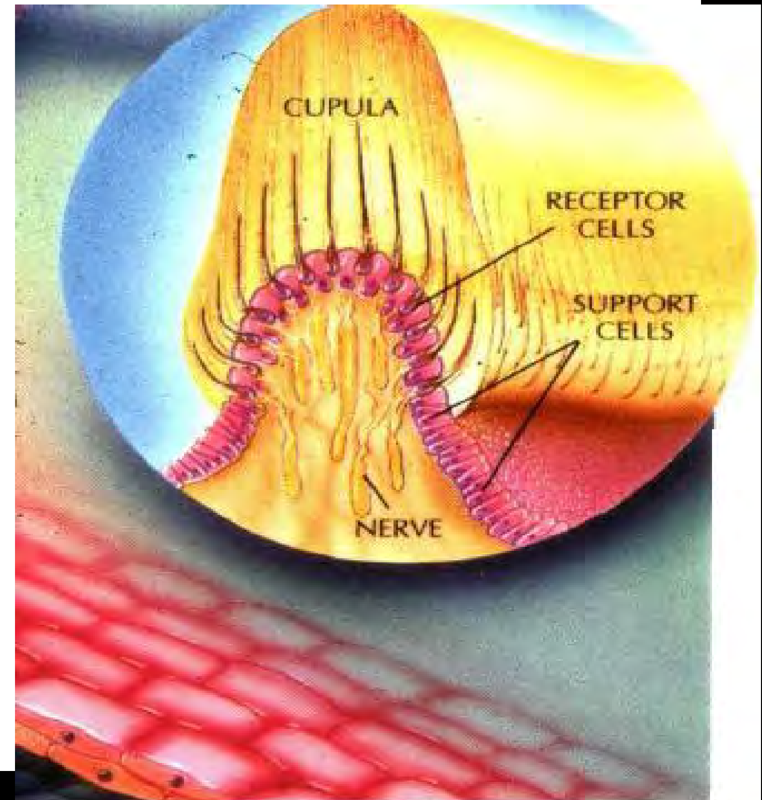


# Crête ampullaire

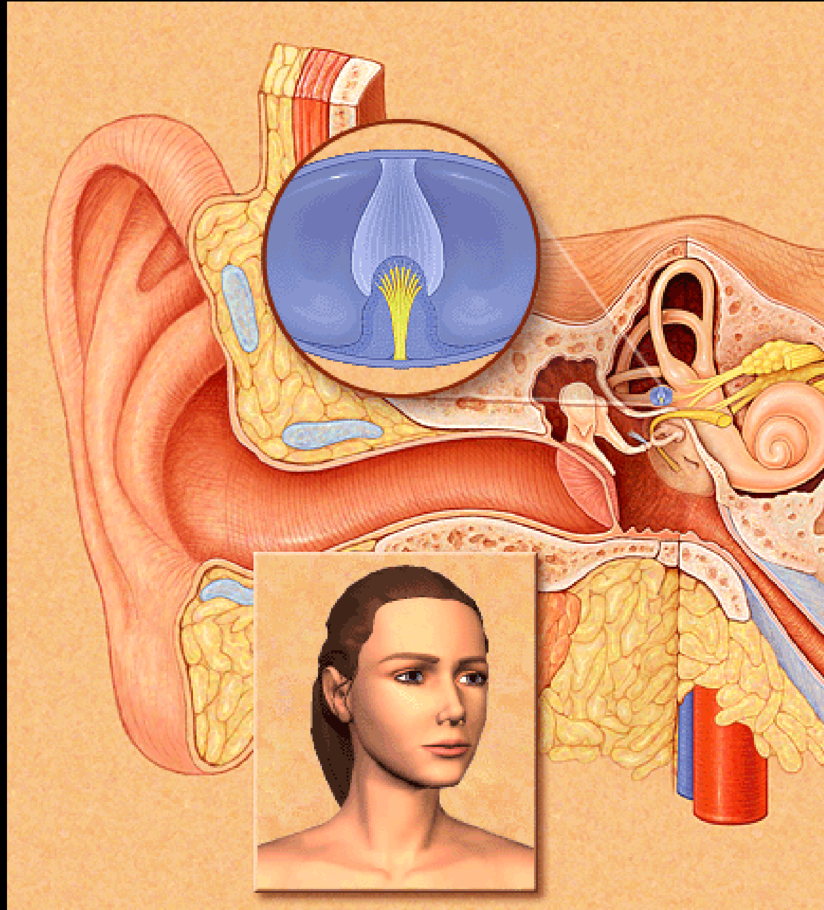






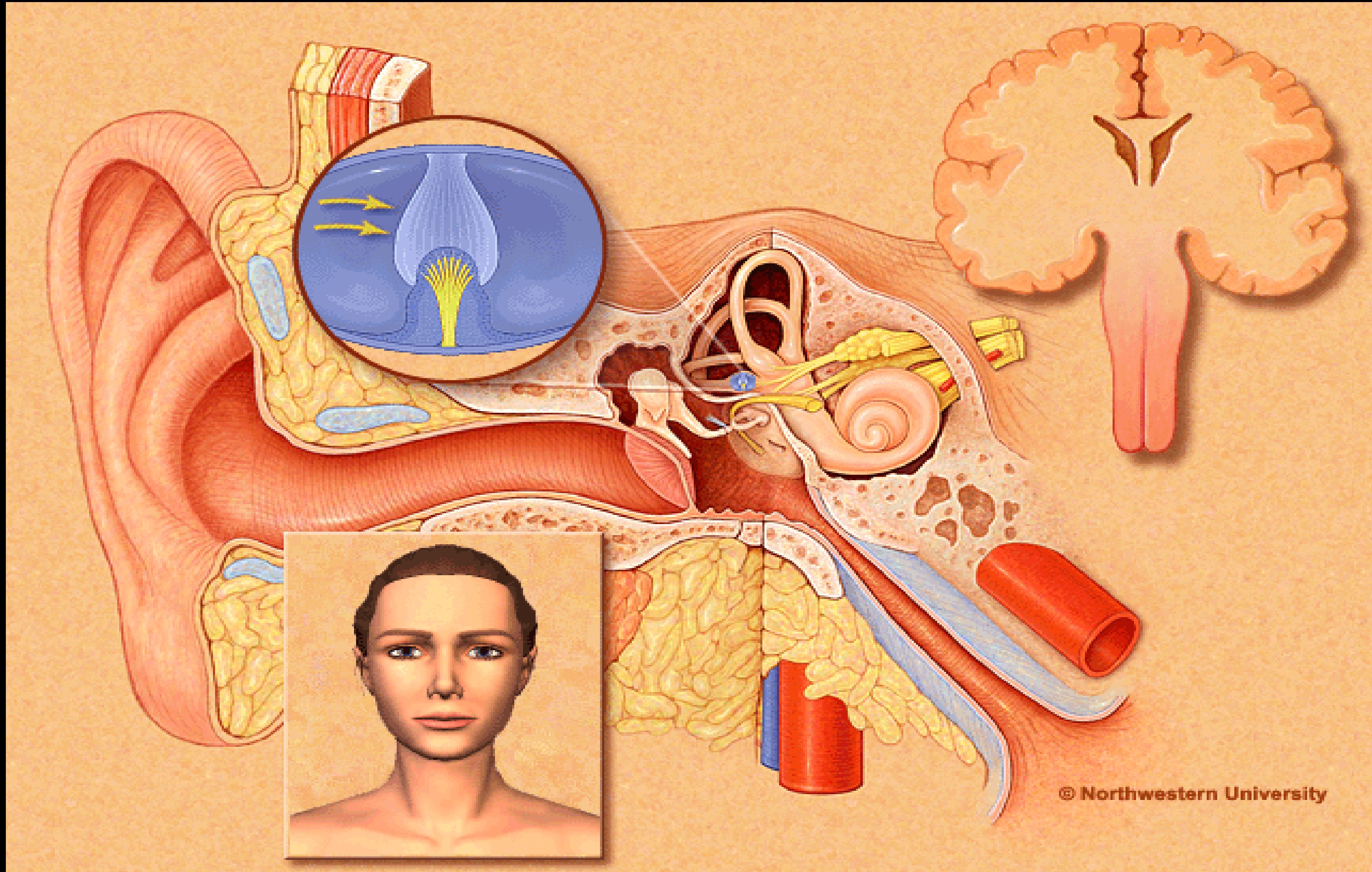

# Crête ampullaire





# Crête ampullaire = Accéléromètre angulaire

# AFFERENCES VERS LES CENTRES NERVEUX

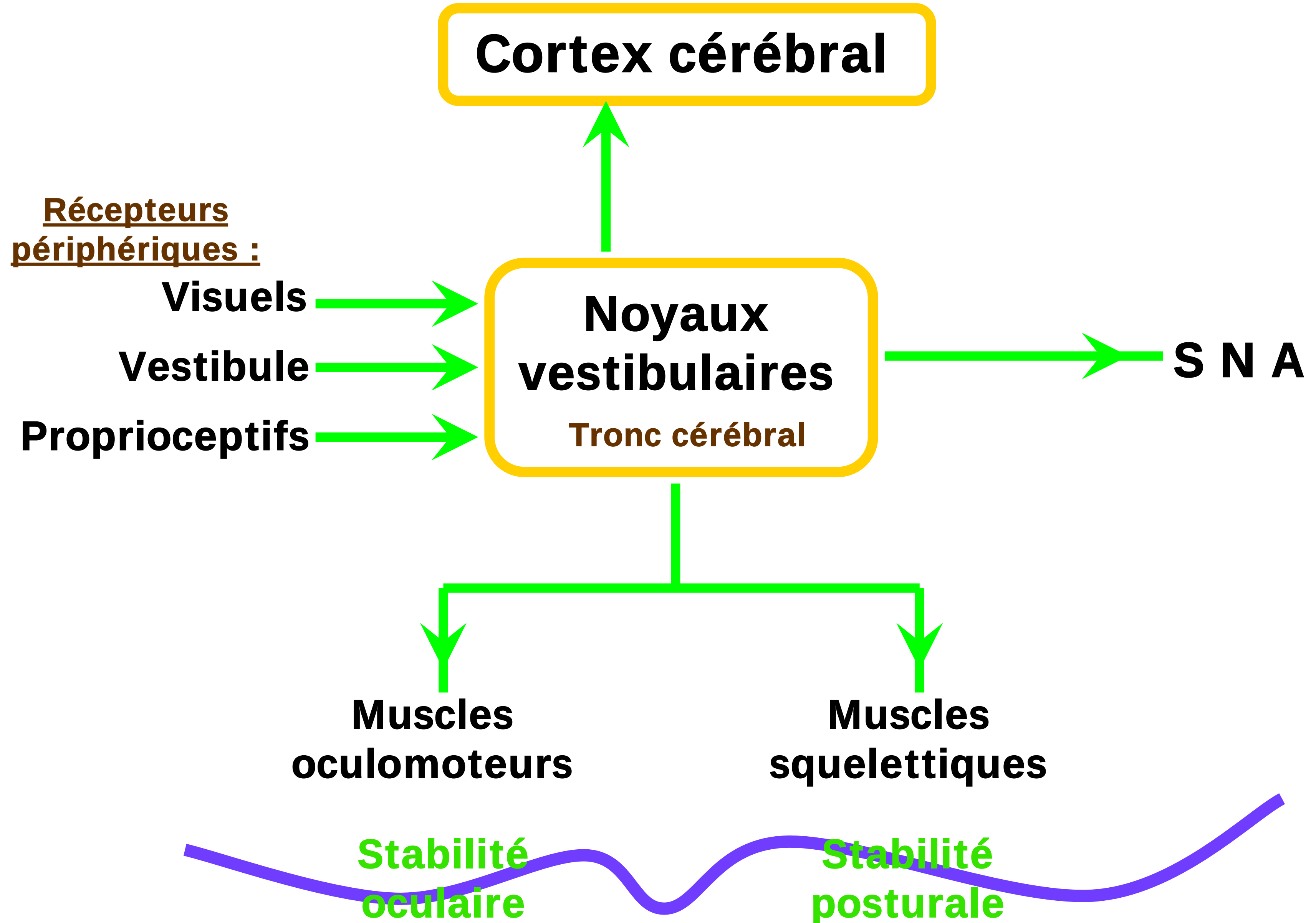


# *Vascularisation et fragilité!*

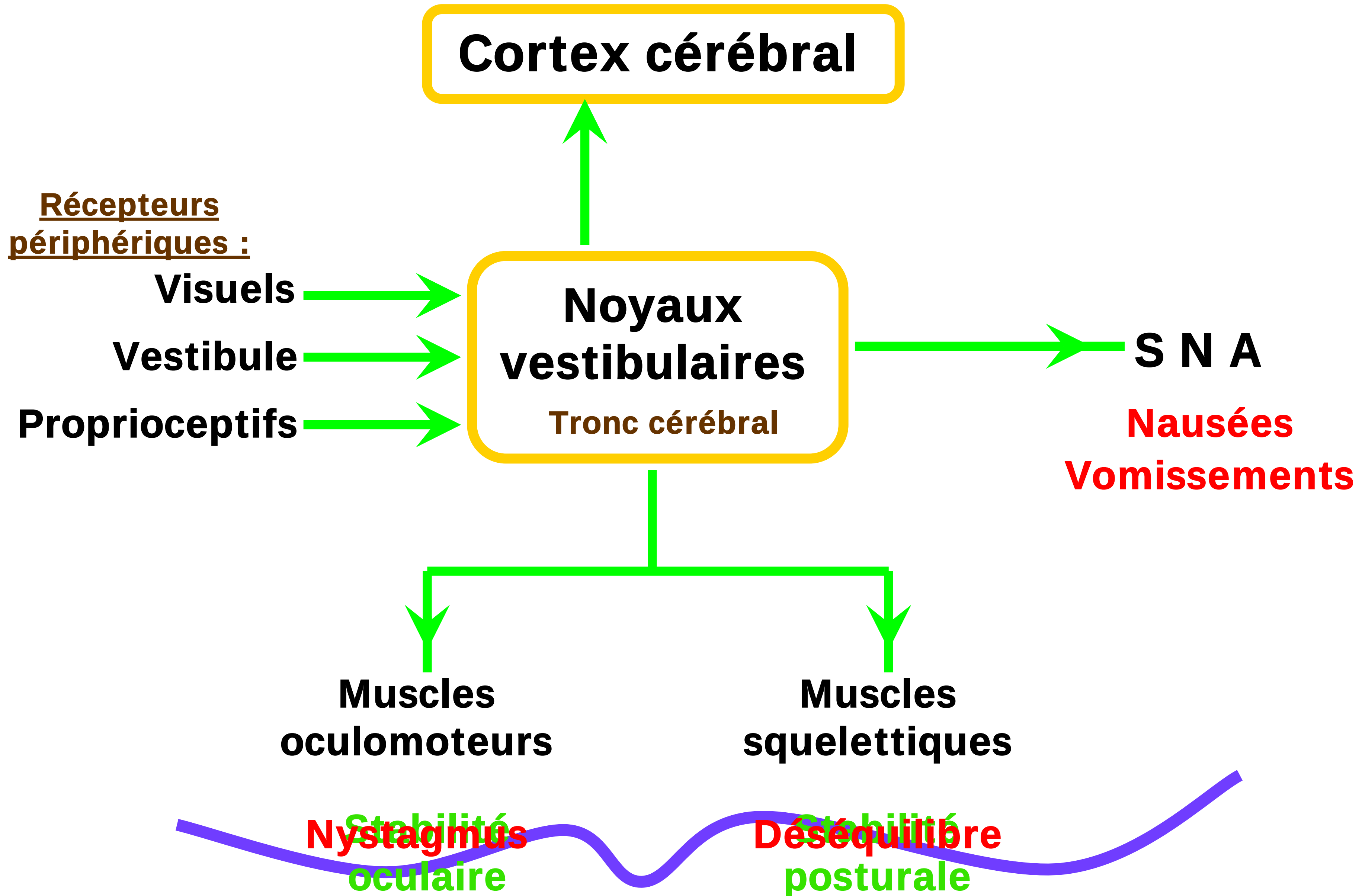




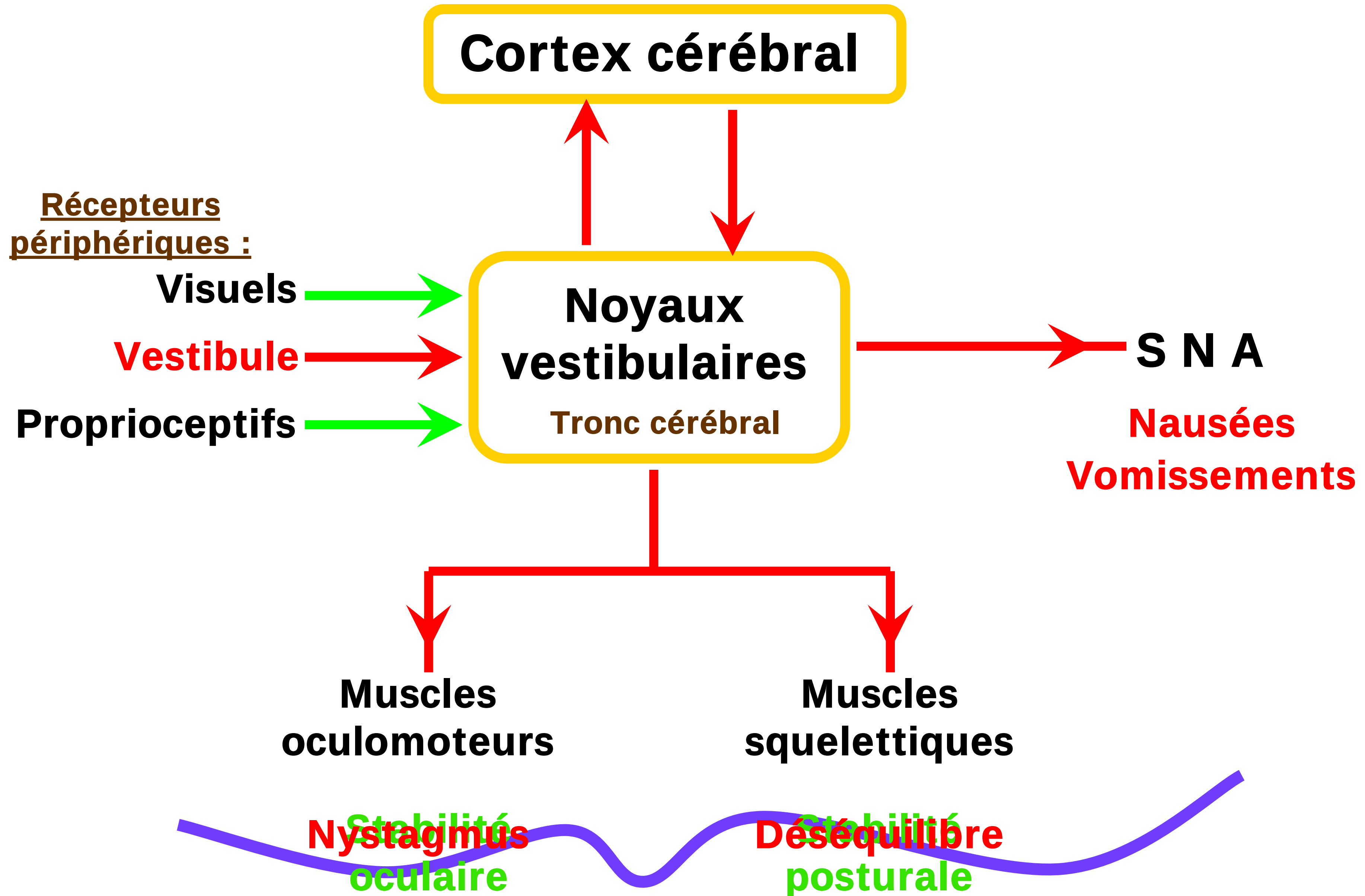
# EQUILIBRE INCONSCIENT



# DESEQUILIBRE CONSCIENT



# COMPENSATION CENTRALE



# Diagnostic positif = CLINIQUE

## 03 questions:

1. **S'agit-il d'un vrai vertige?**
2. **Faut-il un traitement d'urgence?**
3. **Quel est le diagnostic le plus probable?**



1



2



3

- **Interrogatoire:**
  1. Écoute du patient.
  2. Recherche des antécédents.
  3. Déroulement de l'évolution des symptômes.
  4. Signes d'accompagnement.



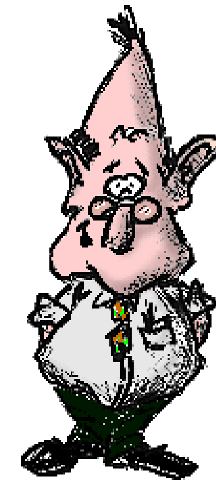
## 1- Écoute du patient:

- Élimine d'emblée ce qui n'est pas vertige.
- Identifie un facteur déclenchant.
- Évalue le retentissement sur le quotidien.
- Étude des caractères du vertige: rotatoire…



## 2- Recherche des antécédents: 5 types

- Cardiovasculaires
- Neurologiques
- Traumatiques
- Otologiques
- Iatrogènes



# 3- Déroulement de l'évolution des symptômes

- Durée.
- Fréquence des crises.
- Période entre les crises.



Service ORL hi

b.e.o

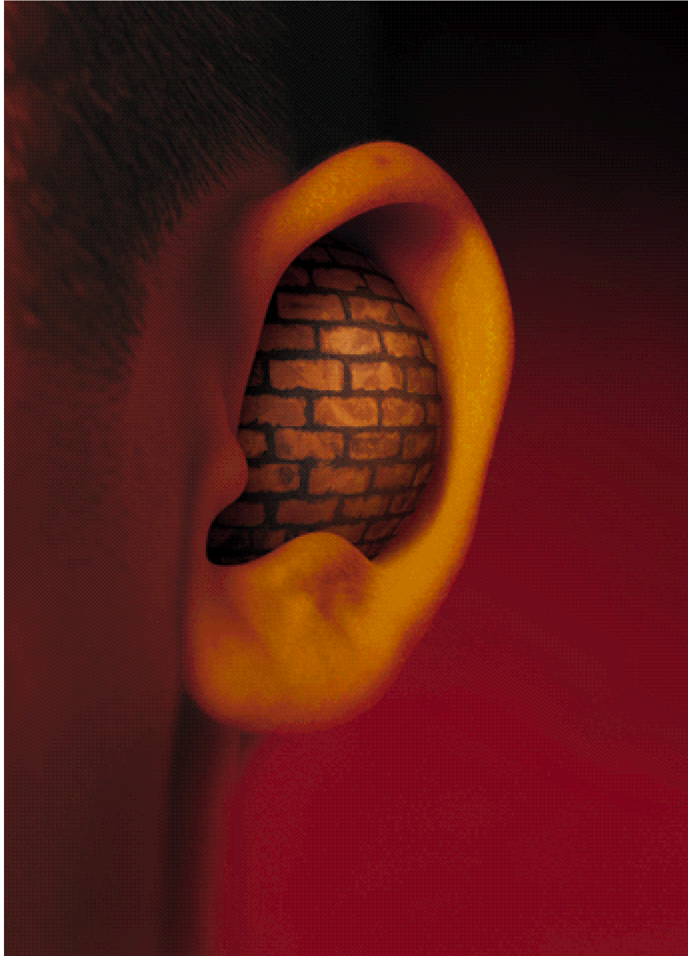
# 4- Signes d'accompagnement

- Signes auditifs: acouphènes, plénitude de l'oreille, hypoacousie fluctuante ou transitoire.

- Signes neurologiques: céphalées, troubles de la déglutition, déficit sensitif ou moteur, trouble visuel.

- Signes neurovégétatifs: nausées, vomissements, sueurs, fréquents dans les vertiges et n'orientent pas spécifiquement le dgc étiologique.

# Signes d'accompagnement





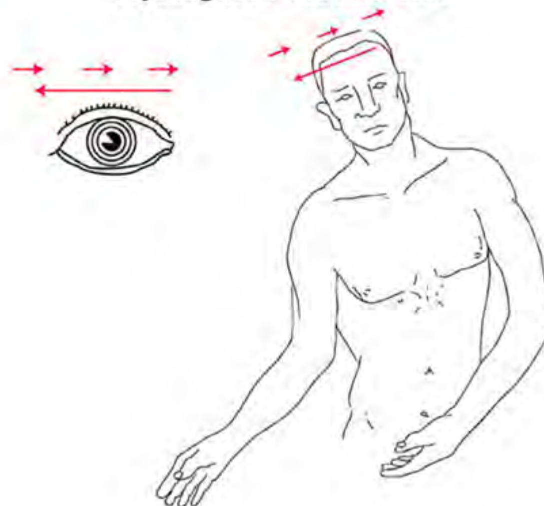
- **Examen clinique:**

**lunettes de Frenzel + diapason**

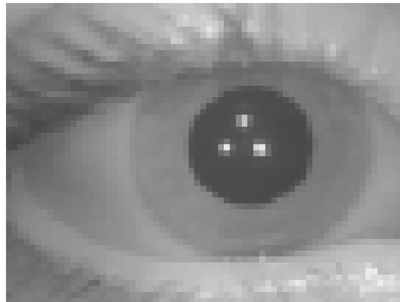
1. Signes vestibulaires
2. Signes neurologiques
3. Examen ORL
4. Examen somatique

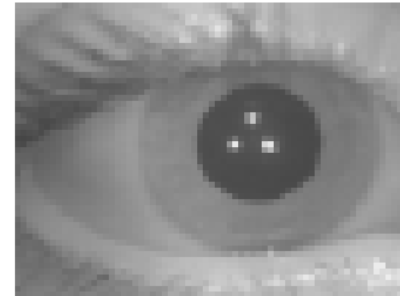
# 1 Signes vestibulaires

- **Nystagmus spontané:**
  - Signe objectif → atteinte voies vestibulaires
  - 2 secousses= lente et rapide
  - Valeur topographique
  - Recherché patient immobile au repos
  - Regard de face+ lunettes pour éviter fixation puis regard fixant un point



# *Nystagmus spontané*



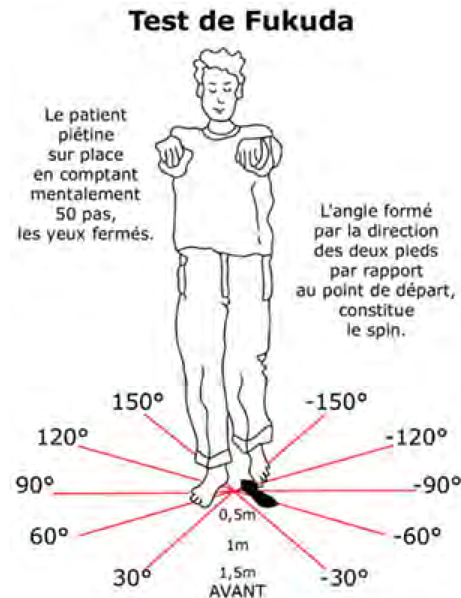


- Direction=horizontale, verticale, rotatoire ou mixte.
- Sens= composante rapide
- Abolition ou non à la fixation

***- Nystagmus horizontal ou hrztorot, ↓ ou aboli par fixation= atteinte périphérique***

# Signes vestibulaires *(suite)*

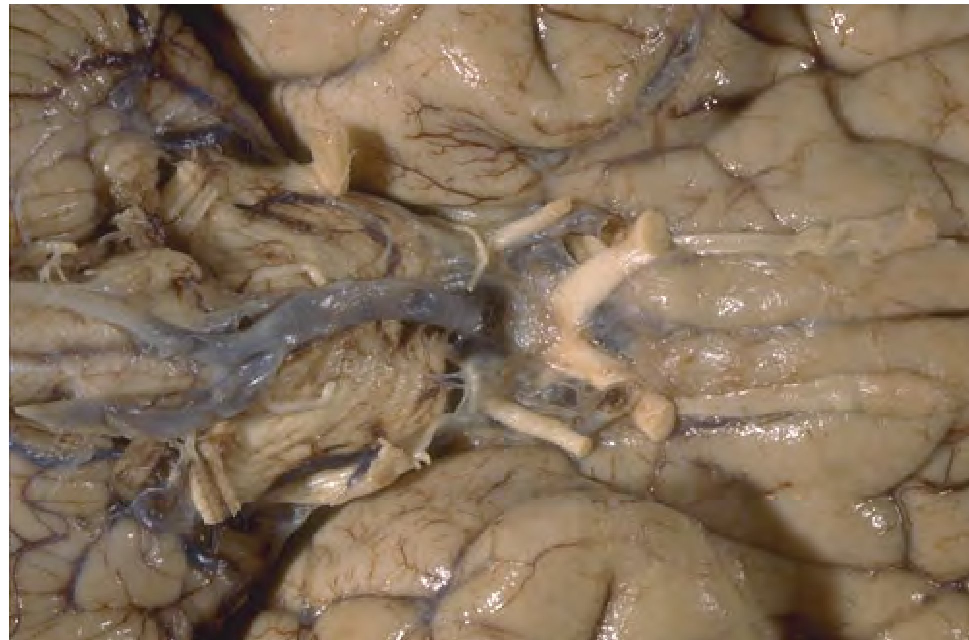
- **Nystagmus provoqué:**
  - **- Manœuvre de Dix et Hallpike**
  - **- Signe de la fistule**
- **Manœuvres posturales:**
  - **- Déviation des index**
  - **- Marche étoile**
  - **- Romberg**





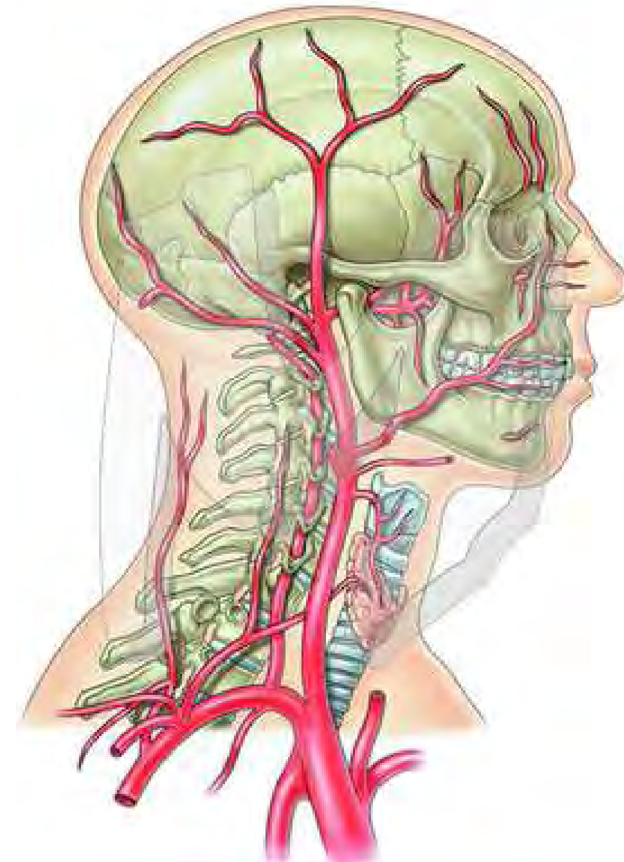

# 2- Signes neurologiques

- Syndrome cérébelleux
- Atteinte des paires crâniennes
- Atteinte des voies sensitivomotrices
- Syndrome de Claude Bernard Horner



# 3- Examen ORL





# 4- Examen somatique

## - Examens para cliniques

- **Bilan auditif: ATL + Impédancemétrie**

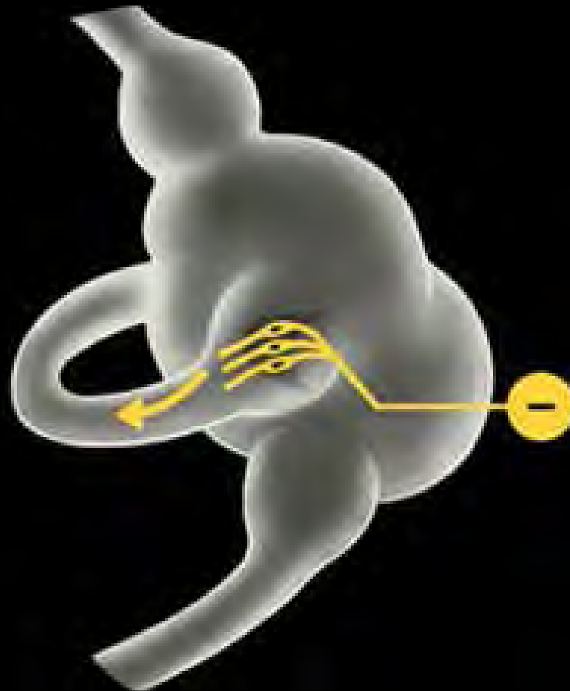
1. Atteinte OI et/ou Voies et/ou Centres= SP
2. Atteinte OM = ST

- **Bilan vestibulaire:**

1. Étude du nystagmus spontanée
2. Étude de l'oculomotricité
3. Épreuve rotatoire (2 vestibules en 1 temps)
4. Épreuve calorique + VNG ou ENG
5. Autres examens complémentaires:

- PEAP
- IRM

# Stimulation thermique et nystagmus











# Diagnostic Différentiel

**Faux vertiges**

- Hypotension orthostatique
- Hypoglycémie
- Troubles hématologiques
- Presbyvestibulie
- Phobies
- Troubles visuels
- Troubles de la locomotion
- Vertige des hauteurs



# Diagnostic étiologique (1)

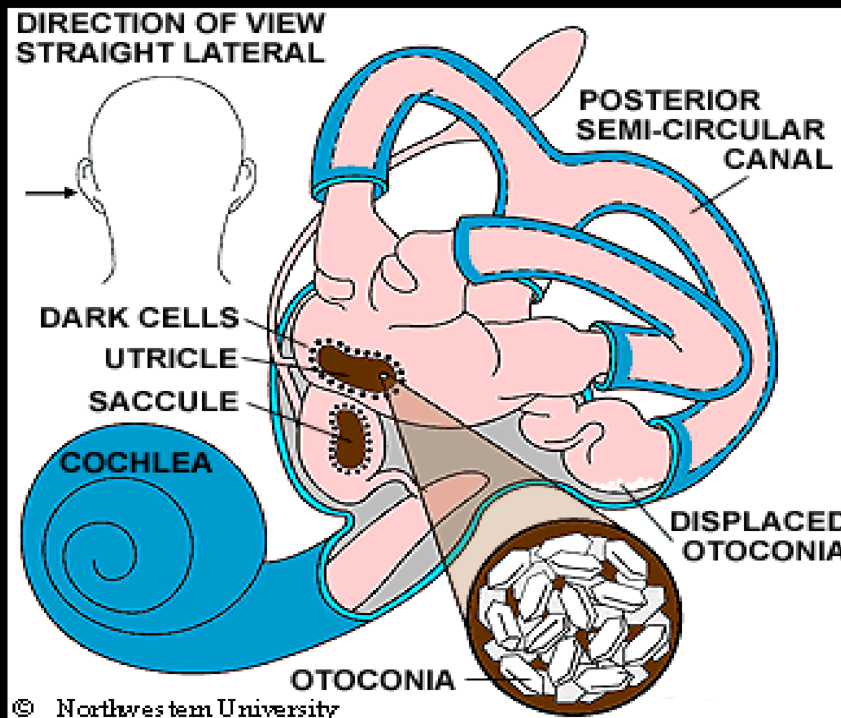
## - Atteintes endo labyrinthiques

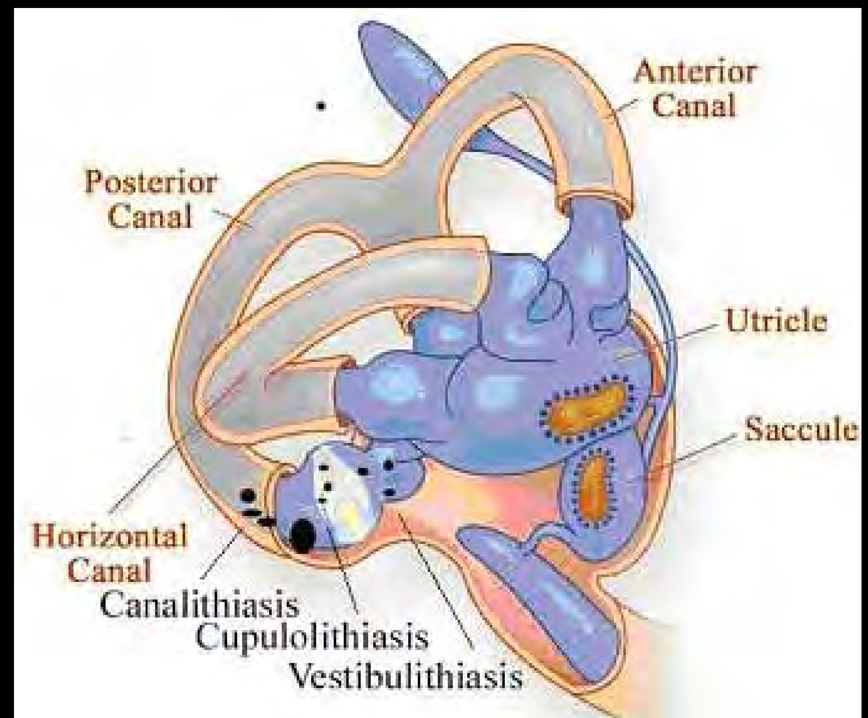
1. Vertige positionnel paroxystique bénin VPPB
2. Maladie de Meniére
3. Vertiges traumatiques
4. Labyrinthites
5. Fistules labyrinthiques
6. Atteinte toxique du labyrinthe
7. Otospongiose
8. Autre atteintes labyrinthiques

# Vertige paroxystique positionnel bénin VPPB

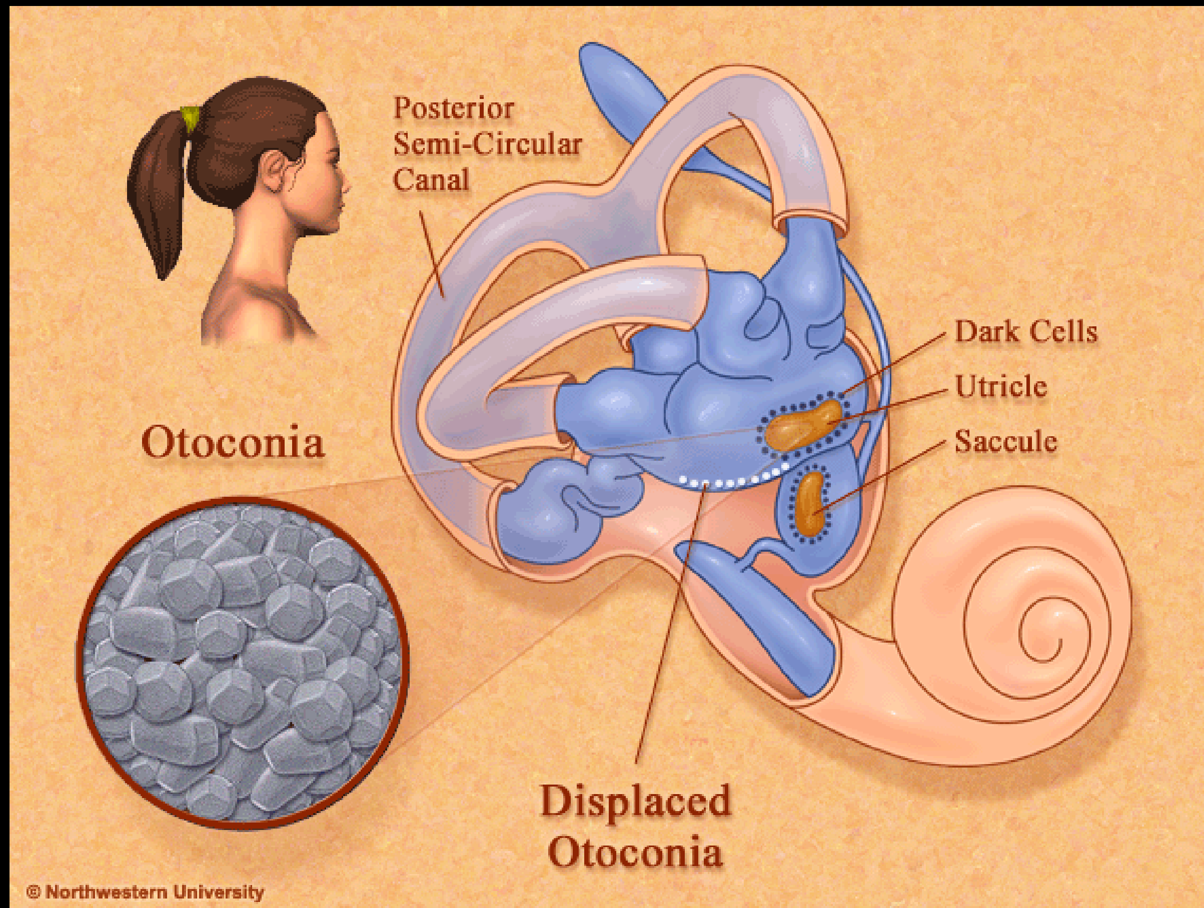
- **Définition:**
  - Plus fréquent des vertiges périphériques=30%V
  - Cupulolithiase du CSP de Schucknecht.
- **Clinique:**
  - Vertige violent rotatoire lié aux mvts tête
  - Durée de l'ordre minute
  - Sans signe auditif
- **Diagnostic:**
  - Manœuvre Dix et Hallpike = nystagmus épuisable, s'inversant au redressement.
- **Traitement:**
  - Manœuvre libératoire de Semont.

# Vertige paroxystique positionnel bénin VPPB



# Vertige paroxystique positionnel bénin
# VPPB

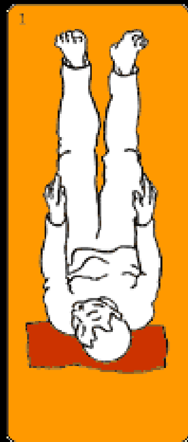
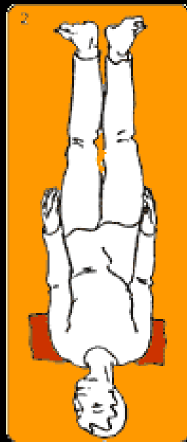
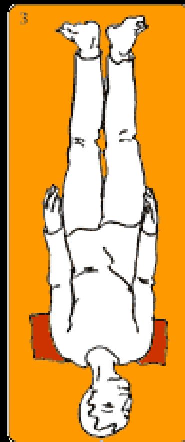


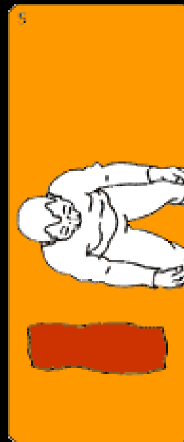
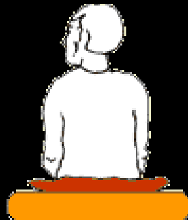
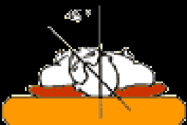
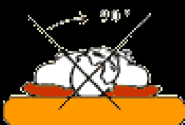
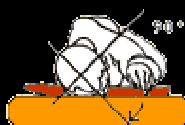
# Diagnostic du VPPB





# Traitement du VPPB

**Cupulothiase: manoeuvre de restauration de Semont**

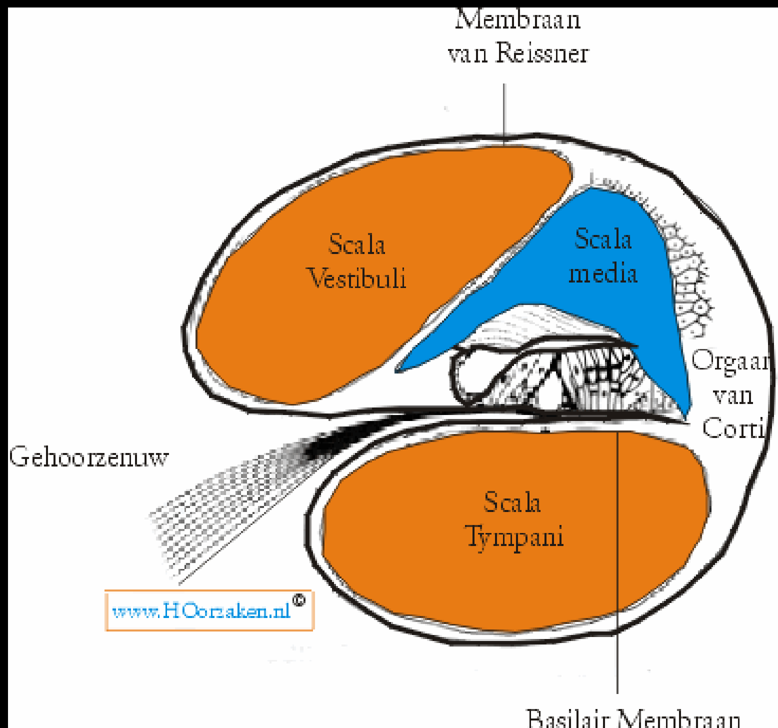



# Maladie de Meniére

- **Définition:**
  - Maladie de l'OI = hydrops labyrinthique
  - Affection adulte, avec profil particulier.
- **Clinique:**
  - -1-Surdité unilatérale fluctuante
  - -2-Acouphènes unilatéraux
  - -3-Vertige rotatoire intense et signes neurovégétatifs

  Durant plrs heures, indépendant du mvt, malaise inter crise.
  - Aura de crise et sensation plénitude de l'oreille
  - Épisodes répétitifs
- **Diagnostic:**
  - ATL= SP
  - Nystagmus spontané puis N provoqué entre crises.
- **Traitement:**
  - Médical: TRT crise et TRT de fond
  - Chirurgical: décompression du sac et neurotomie

# Maladie de Meniére: physiopathologie!




## Conséquences de l'hydrops vestibulaire

Signes VESTIBULAIRES

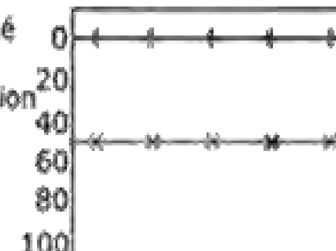
- Vertiges paroxystiques avec syndrome vestibulaire périphérique
- Examen vestibulaire souvent normal ou subnormal entre les crises

Douleurs occipitales

Signes COCHLEAIRES

Acouphènes

Surdité de perception

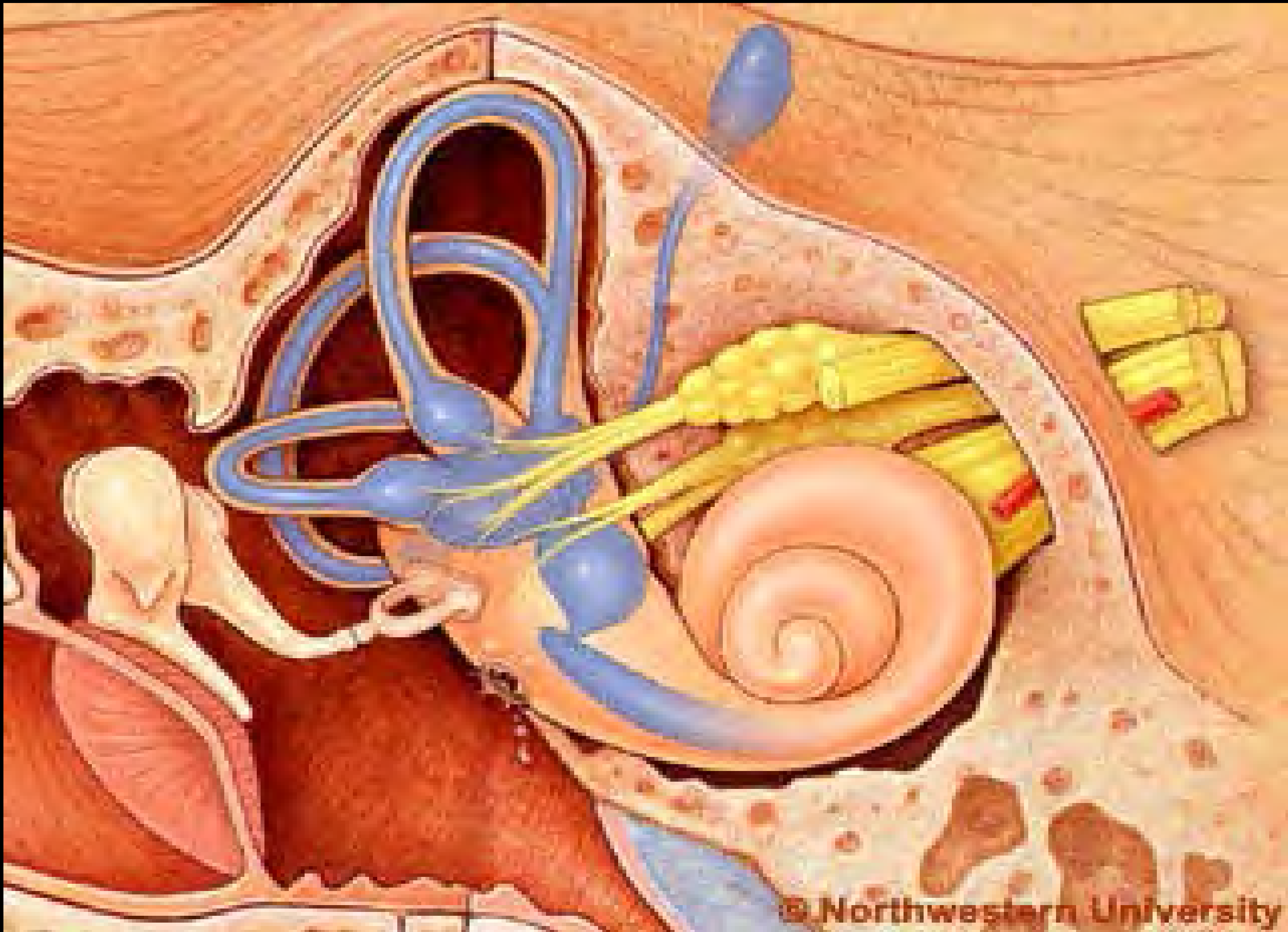



- Courbe tonale liminaire horizontale
- Recrutement ++

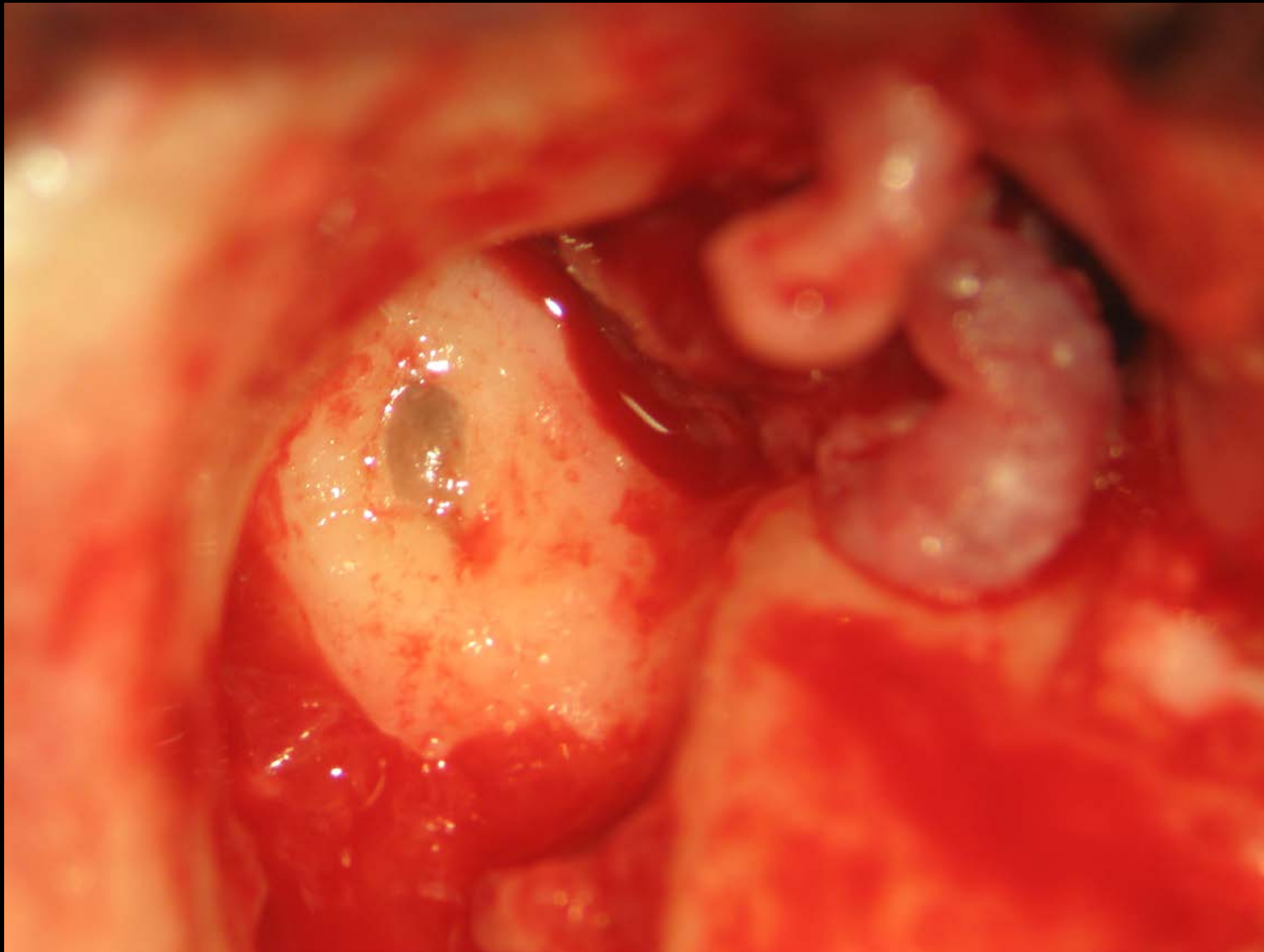
# Vertiges traumatiques

- Fractures du rocher
- Commotion labyrinthique
- Fistules labyrinthiques

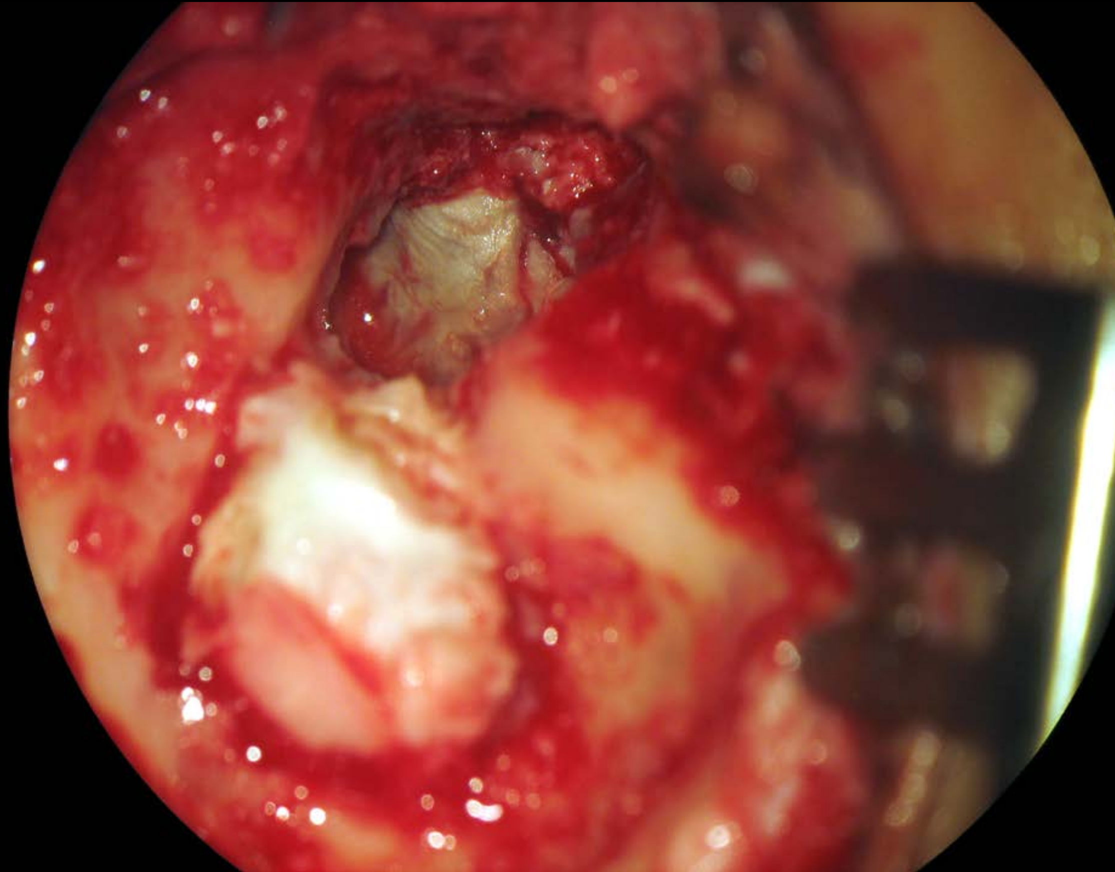
# Fracture et fistule



# Fracture et fistule



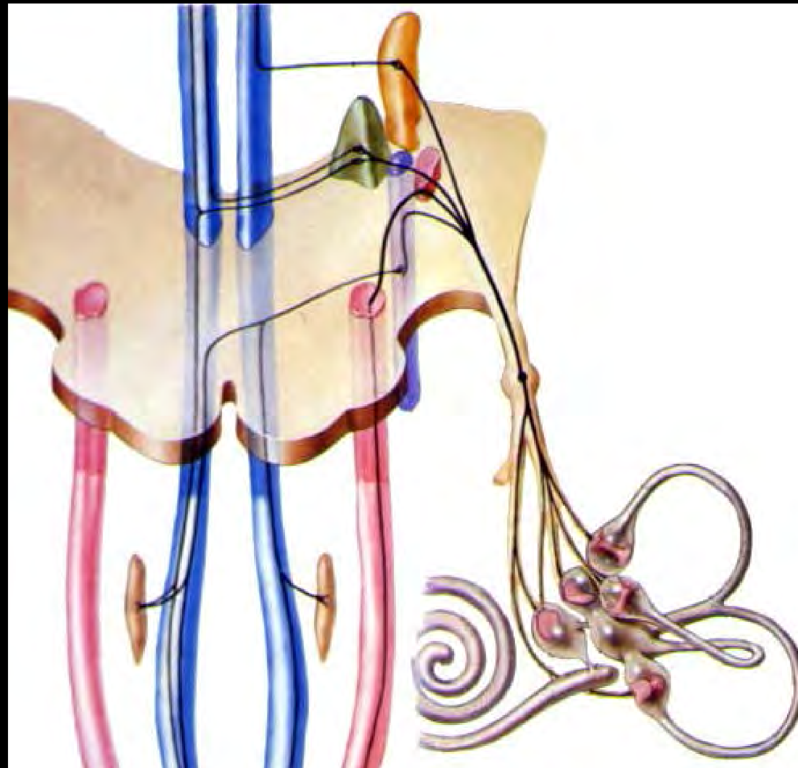
# Labyrinthites!!!!



# Diagnostic étiologique (2)

## - Atteintes rétro labyrinthiques

1. Neuronite vestibulaire
2. Neurinome du VIII
3. Autres causes



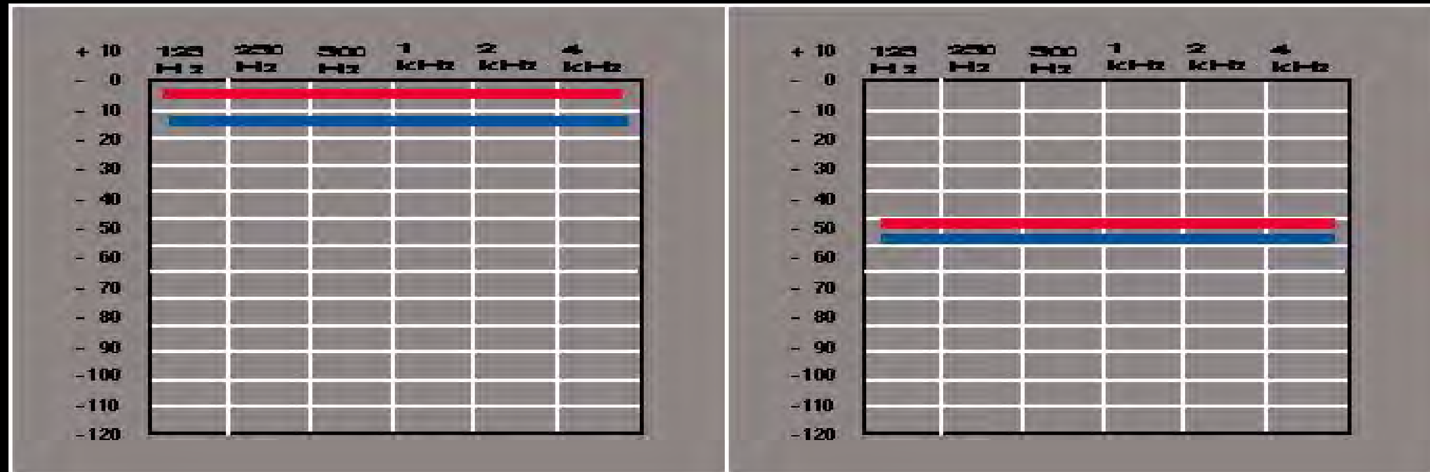
# Neuronite vestibulaire

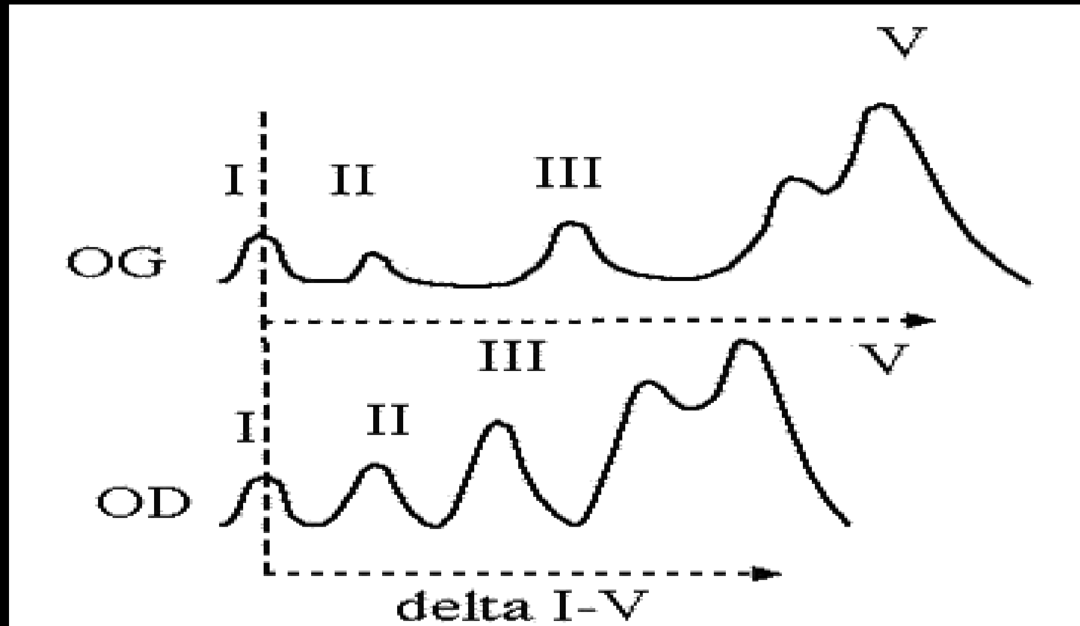
- **Définition:**
  - Affection aigue du système vestibulaire
  - Déficit vestibulaire unilatéral, aigu, ± complet, isolé sans atteinte auditif ou neurologique
  - Origine virale probable
- **Clinique:**
  - Vertige violent rotatoire lié aux mvts tête
  - Durée de 1 à plrs jours
- **Diagnostic:**
  - Syndrome vestibulaire harmonieux
- **Traitement:**
  - Médical + rééducation fonctionnelle

# Neurinome du VIII

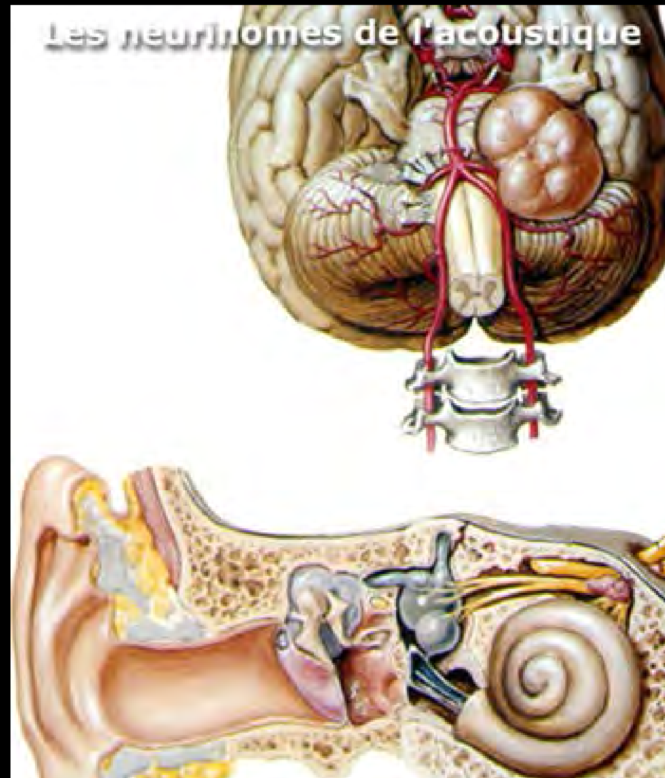
- **Définition:**
  - Schwannome du nerf vestibulaire.
  - 5% des SP unilatérales
- **Clinique:**
  - -1- Instabilité ou vertige
  - -2- Hypoacousie et acouphènes unilatérales
  - -3- PFP parfois
- **Diagnostic:**
  - Examen négatif
  - Explorations?
- **Traitement:**
  - Chirurgical

# Neurinome du VIII



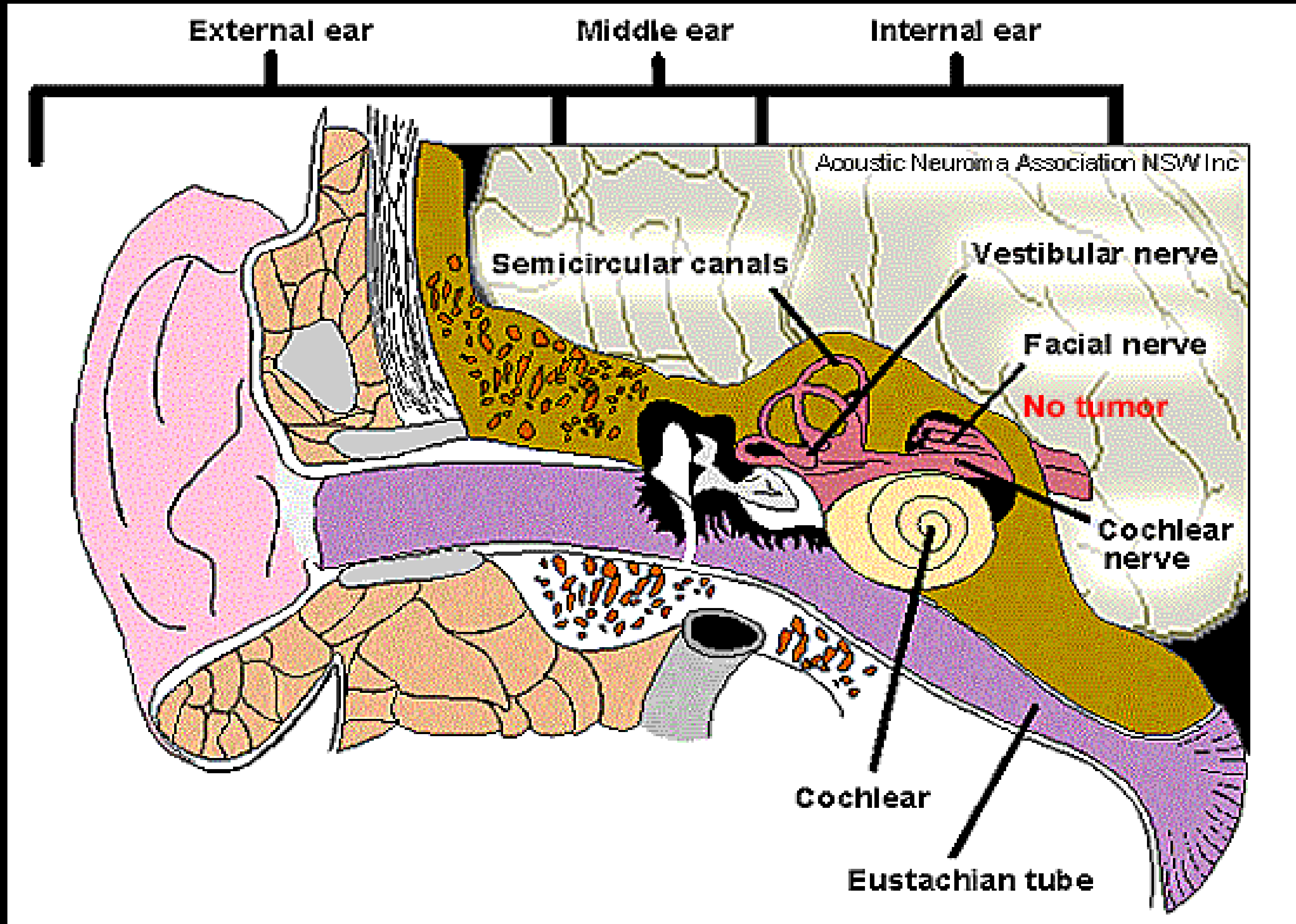



# Neurinome du VIII

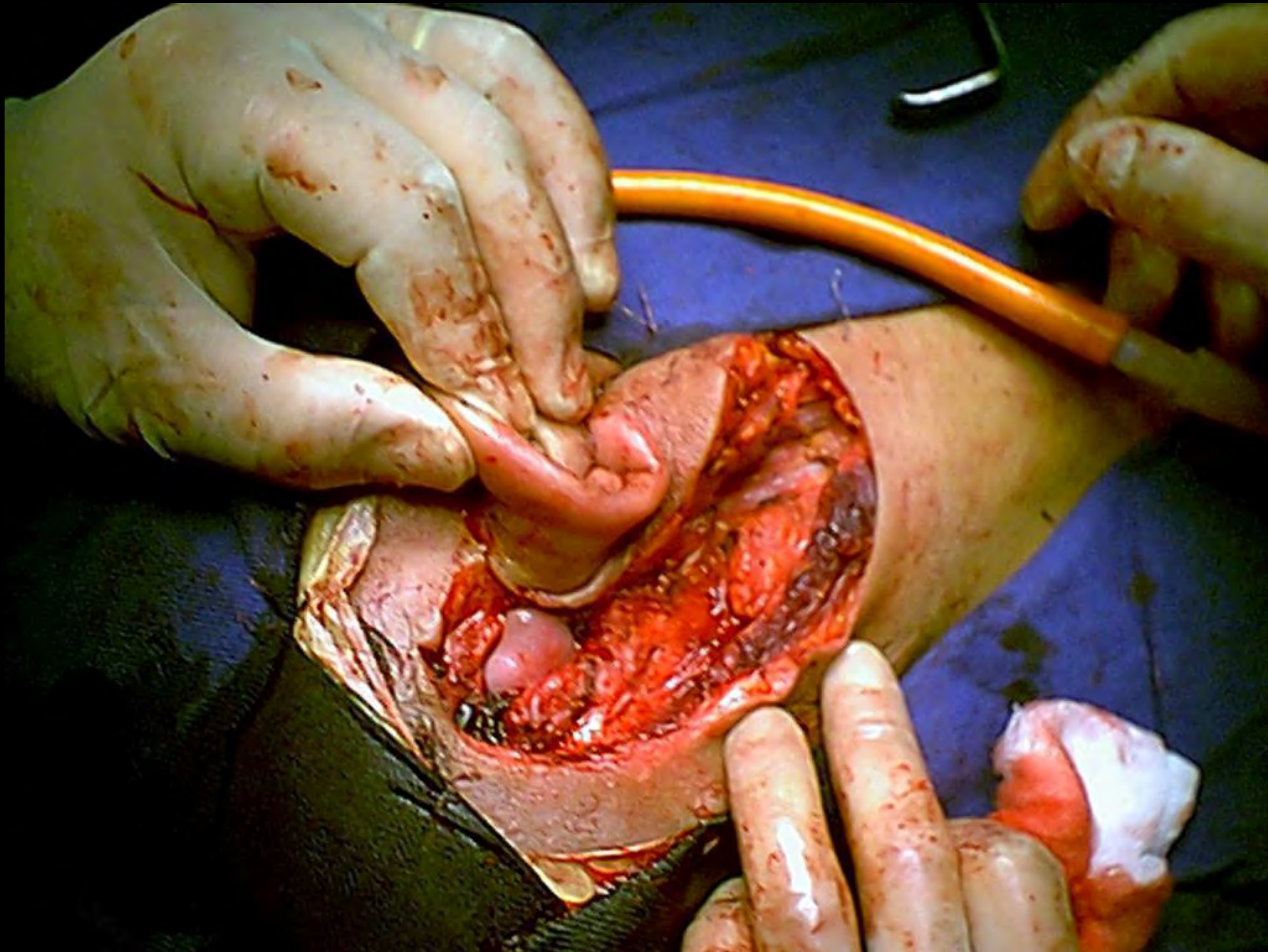





# Neurinome du VIII



# Autres causes





# Atteintes centrales

## 1- Les grands vertiges à période unique:

**-Syndrome de Wallenberg**
**-Infarctus cérébelleux**
**-Hématome cérébelleux**
**-Sclérose en plaque**

## 2- Les vertiges paroxystiques ou itératifs:

**-Accidents ischémiques transitoires**
**-Vertiges d'origine migraineuses**

## 3- Les vertiges et troubles de l'équilibre chroniques:

**-Traumatismes crâniens**
**-Tumeurs cérébrales**
**-Affections dégénératives**

*Une fin sur une note fleurie est la plus belle manière de commencer le prélude d'une belle mélodie!*

